

Satu Hyykoski, Veera Vires

MUISTISAIRAIDEN KÄYTÖSHÄIRIÖIDEN LIEVENTÄMINEN LÄÄKKEETTÖMIN KEINAIN

- Opetusmateriaalin kehittäminen sosiaali- ja terveysalan opettajille

Opinnäytetyö
Sairaanhoitaja, AMK

2018



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijät	Tutkinto	Aika
Satu Hyykoski, Veera Vires	Sairaanhoitaja (AMK)	Kesäkuu 2018
Opinnäytetyön nimi Muistisairaiden käytöshäiriöiden lieventäminen lääkkeettömin keinoin - Opetusmateriaalin kehittäminen sosiaali- ja terveys- alan opettajille		
Toimeksiantaja XAMK, Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu		
Ohjaajat Elisa Marttila; Terhi Hede		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla muistisairailta esiintyvien käytöshäiriöiden hoitotyötä. Kirjallisuuskatsauksella selvitettiin muistisairaiden yleisimpiä käytöshäiriöitä, niiden lääkkeettömiä hoitokeinoja sekä käytöshäiriöihin vaikuttavia tekijöitä. Kirjallisuuskatsauksen tuloksista kehitettiin opetusmateriaalia Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun Kotkan kampuksen sosiaali- ja terveysalan opettajille.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistehtävänä, tutkimusmenetelmänä oli kirjallisuuskatsaus systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin. Tutkimukset analysoitiin induktiivisella sisälönanalyysillä. Kehittämistehtävän tavoitteena sekä tehtävänä oli kehittää kirjallisuuskatsauksen tuloksien pohjalta monipuolista opetusmateriaalia sosiaali- ja terveysalan opettajien käyttöön.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tulokset on luokiteltu psyykkisiin, fyysisiin sekä sosiaalisiin tekijöihin. Muistisairaiden yleisimmät käytöshäiriöt ovat masennus, levottomuus ja kommunikaatiovaikeudet. Tärkeimmiksi lääkkeettömiksi hoitokeinoiksi tuloksista nousivat hoitajien asenteet ja vuorovaikutustaidot, ympäristön muokkaaminen turvalliseksi sekä erilaisten aktiviteettien ja terapioiden järjestäminen. Tulosten mukaan fyysistä ja kemiallista rajoittamista käytetään käytöshäiriöiden lieventävänä hoitokeinona, mutta näillä ei ole todettu käytöshäiriöitä ehkäisevää vaikutusta.</p> <p>Käytöshäiriöiden ilmenemiseen vaikuttavat tulosten mukaan vähentävästi sosiaalisen ja fyysisen ympäristön turvallisuus ja sallivuus sekä ilmapiirin asenne. Hoitajien asenteet sekä vuorovaikutustaidot korostuivat myös käytöshäiriöiden ilmenemiseen vaikuttavina tekijöinä.</p> <p>Opetusmateriaalia voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden opetuksessa, jotta opiskelijat voisivat saada valmiuksia muistisairaiden kohtaamiseen ja käytöshäiriöiden hoitamiseen. Jatkokehityskohteita ovat esimerkiksi hoitohenkilökunnan jaksaminen muistisairaiden kanssa työskentelyssä sekä lääkehoidon vaikutukset käytöshäiriöiden ilmenemisessä ja hoidossa.</p>		
Asiasanat käyttäytymishäiriöt, dementia, muistisairaudet, hoitotyö, opettaminen		

Authors	Degree	Time
Satu Hyykoski, Veera Vires	Bachelor of Health Care	June 2018
Thesis title		50 pages 10 pages of appendices
Mitigating neuropsychiatric symptoms in dementia patients without medicines – Developing teaching material		
Commissioned by		
XAMK, University of Applied Sciences		
Supervisors		
Elisa Marttila; Terhi Hede		
Abstract		
<p>The aim of the thesis was to study the treatment of the neuropsychiatric symptoms in dementia patients on the basis of a literature review. The literature review provided information of the most common neuropsychiatric symptoms in dementia patients, unmedical treatment methods and factors that can affect the symptoms. The results were developed to teaching material for South-Eastern Finland University of Applied Sciences.</p> <p>The thesis was accomplished as a design-based study. The research method was a systematic literature review. The results were analyzed with inductive content analysis. The design-based study's objective and task was to develop versatile teaching material from the results of the literature review.</p> <p>The results of the literature review were classified into psychological, physical and social factors. The results of the literature review presented that the most common neuropsychiatric symptoms are depression, agitation and cognitive impairment. The promotion of nurses' interaction skills and attitude were considered important unmedical treatment methods. The modifying of environment to make it safer and arranging of different activities and therapy methods mitigated neuropsychiatric symptoms. The results presented that physical and chemical restraints were used as means to mitigate neuropsychiatric symptoms but those ways didn't have significant effects.</p> <p>Safety and permissiveness in social and physical environment reduce neuropsychiatric symptoms. The attitude and personality of the nurses emphasised as a factor influencing neuropsychiatric symptoms.</p> <p>The teaching material can be used when teaching social and healthcare students to provide them with skills to face dementia patients and treat neuropsychiatric symptoms. The ideas for development in the future relate to how the nurses are able to cope when working with dementia patients and how medicines prevent the treatment and appearance of neuropsychiatric symptoms.</p>		
Keywords		
neuropsychiatric symptoms, dementia, nursing, tutoring		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TAUSTAA KEHITTÄMISTEHTÄVÄLLE.....	7
2.1	Yleisimmät muistisairaudet.....	7
2.2	Käytöshäiriöt muistisairauksissa.....	10
2.3	Käytöshäiriöiden esiintyminen muissa sairauksissa	12
2.4	Käytöshäiriöiden lääkehoito.....	14
2.5	Lait, asetukset ja etiikka muistisairaiden hoidossa.....	15
3	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT.....	16
4	TUTKIMUSMENETELMÄNÄ KIRJALLISUUSKATSAUS	16
4.1	Aineiston keruu.....	17
4.1.1	Tutkimusten haku	17
4.1.2	Elektroninen tiedonhaku	17
4.1.3	Manuaalinen tiedonhaku.....	18
4.1.4	Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	19
4.1.5	Tutkimusten valinta	20
4.2	Aineiston analyysi.....	21
5	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET.....	22
5.1	Muistisairaiden yleisimmät käytöshäiriöt.....	22
5.2	Käytöshäiriöiden lieventäminen lääkkeettömin keinoin.....	26
5.3	Käytöshäiriöiden ilmenemiseen vaikuttavia tekijöitä	32
6	OPETUSMATERIAALIN KEHITTÄMINEN	34
6.1	Oppimistyylit	35
6.2	Oppimiskäsitykset.....	36
6.3	Opetustyylit.....	37
6.4	Kehittämistehtävään valitut opetustyylit ja -materiaalit.....	38
7	POHDINTA	40
7.1	Luotettavuus ja eettisyys	42

7.2	Hyödynnettävyys ja jatkokehityskohteet	43
7.3	Oma oppimisprosessi	44
LÄHTEET.....		45

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Taulukko yleisimmistä muistisairauksista

Liite 3. Aineiston tuloksia tutkimuskysymysten mukaan

Liite 4. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen sisällönanalyysi

Liite 5. Toisen tutkimuskysymyksen sisällönanalyysi

Liite 6. Kolmannen tutkimuskysymyksen sisällönanalyysi

Liite 7. Aikataulusuunnitelma

1 JOHDANTO

Muistisairaudet aiheuttavat rappeumaa aivoihin ja heikentävät kognitiivista toimintakykyä (Muistisairaudet 2017). Tavallisimmin muistisairauksia esiintyy iäkkäillä ihmisillä (Muistiliitto 2017). Suomen väestön ikääntyessä myös muistisairaiden määrä lisääntyy. Vuonna 2016 viidesosa suomalaisista oli yli 65-vuotiaita (Väestöennuste s.a.). Arviolta 14 500 suomalaista sairastuu vuosittain muistisairauksiin ja muistisairaudet ovatkin Suomen kansansairauksia. Muistisairaita on Suomessa yhteensä noin 193 000. (Muistisairaudet 2017.)

Yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale -tauti sekä otsa-ohimolohkorappeumat (Muistisairaudet 2017). Muistisairauksiin lasketaan myös Parkinsonin tauti, sillä se aiheuttaa potilaalle tiedonkäsittelyvaikeuksia (Muistiliitto 2017). Muistisairaita kohtaa lähes jokaisessa sosiaali- ja terveysalan yksikössä, avo-, sairaala-, että laitoshoidossa.

Kognitiivisessa toimintakyvyssä tapahtuvien muutosten lisäksi muistisairauksiin liittyy haitallisia psyykeen ja käyttäytymisen muutoksia, joita kutsutaan käytöshäiriöiksi (Vataja ym. 2015). Muistisairaiden käytöshäiriöitä voidaan hoitaa lääkkeillä sekä lääkkeettömillä hoitokeinoilla. Lääkkeettömillä keinoilla pyritään käytöshäiriöiden ehkäisemiseen vaikuttamalla potilaan ympäristöön sekä potilaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen (Vataja ym. 2015.)

Opinnäytetyö on toteutettu kehittämistehtävänä, tutkimusmenetelmänä on käytetty kirjallisuuskatsausta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin. Tulokset on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä. Kirjallisuuskatsauksella etsitään vastauksia muistisairaiden yleisiin käytöshäiriöihin, käytöshäiriöiden lääkkeettömiin hoitokeinoihin sekä käytöshäiriöiden ilmenemiseen vaikuttaviin tekijöihin.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää opetusmateriaalia työn tilaajalle, eli Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoululle. Opetusmateriaali kehitetään kirjallisuuskatsauksen tuloksien avulla. Opetusmateriaali käsittelee muistisairaiden yleisimpiä käytöshäiriöitä, niiden lieventämistä lääkkeettömin hoitokeinoin sekä erilaisia tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa muistisairaahan käytöshäiriöiden ilmenemiseen.

2 TAUSTAA KEHITTÄMISTEHTÄVÄLLE

Muistisairaudet ovat kansansairauksia siinä missä sydän- ja verisuonitauditkin (Muistiliitto 2017). Liitteessä 1 on taulukkomuodossa tietoa yleisimmistä muistisairauksista. Muistisairaus voi olla perinnöllistä, mutta se on harvinaista. Dementia on oireyhtymä, jossa kognitiiviset kyvyt heikentyvät. Muistisairauksiin liittyy erilaisia käytöshäiriöitä ja psykologisia oireita (Vataja ym. 2015).

Vaikka muistisairaus on vain yhdellä perheenjäsenellä, se koskettaa koko perhettä ja sairastuneen lähiomaisia. Sairastuminen vaikuttaa kaikkien elämään ja se tuo tullessaan suuria muutoksia ja luopumista vanhasta totutusta ja tunnetusta ihmisestä. (Muistiliitto 2017.)

Käytöshäiriöt heikentävät muistisairaana potilaan elämänlaatua ja lisäävät palveluiden tarvetta. Käytöshäiriöiden esiintyessä tulisi aina sulkea muut sairaudet ja aiheuttajat kuin muistisairaus pois. (Muistisairaudet 2017.) Käytöshäiriöiden syyn selvittäminen ja hoitaminen voi poistaa käytös- ja muistihäiriöt kokonaan.

2.1 Yleisimmät muistisairaudet

Alzheimerin tauti (AT) on yleisin muistisairaus Suomessa, muistisairaista noin 70 %:lla on Alzheimer (Muistisairaudet 2017). Riski sairastua kasvaa ikääntyessä, alle 65-vuotilla sairaus on harvinainen. Perimmäistä syytä taudille ei tiedetä. Aivoissa tapahtuu muutoksia, jotka vahingoittavat hermoratoja ja aivosoluja heikentäen muistia ja tiedonkäsittelyä. Riski sairastua perinnölliseen Alzheimerin tautiin on pieni, mutta tunnetaan riskitekijöitä, jotka lisäävät sairastumisen mahdollisuutta. Alzheimerin tauti on naisilla yleisempi kuin miehillä. (Juva 2015.)

Tauti alkaa tyypillisesti muistioireilla, jotka pahenevat vähitellen. Uuden oppiminen vaikeutuu ja lähimuisti huononee, aikaisemmin opitut taidot ja asiat säilyvät muistissa pidempään. Vähitellen taudin edetessä sanat alkavat hävitä ja lauseiden muodostus vaikeutuu. Päivittäisten perusasioiden hoito hankaloituu ja käytännön toimia ei osata enää hoitaa. (Erkinjuntti ym. 2015, 119.)

Käytöshäiriöt Alzheimerin taudissa vaihtelevat taudin eri vaiheissa (Erkinjuntti ym. 2015, 119). Alzheimerin taudin kliininen oirekuva voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen: varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea vaihe (Käypä hoito 2017). Alzheimerin taudissa elinaikaennuste on noin 10 vuotta, mutta taudin eteneminen on yksilöllistä, eikä sitä voida tarkasti ennustaa (Erkinjuntti ym. 2015, 131). Lääkkeillä taudin etenemistä voidaan hidastaa, mutta parantavaa hoitoa ei ole. Elämäntavoilla on myös todettu olevan yhteys sairastumiseen, sillä sydän- ja verisuonitaudit, diabetes ja kohonnut verenpaine lisäävät riskiä sairastua Alzheimerin tautiin. (Muistisairaudet 2017.)

Vaskulaarinen dementia on toiseksi yleisin muistisairaus. Vaskulaarisen dementian aiheuttaa verenkiertohäiriöt. Taudin kuva on monimuotoinen ja mukana voi olla myös Alzheimerin taudin oireita (Atula 2015). Dementian taustalla voi olla useita syitä kuten aivoinfarktit, aivoverenvuodot tai aivojen valkean aineen hapen puutteesta johtuvat vauriot. Aivoverenkiertohäiriöille altistavat muun muassa kohonnut verenpaine, korkea kolesterolit, diabetes, vähäinen liikunta, tupakointi ja alkoholi (Muistisairaudet 2017).

Vaskulaarisen dementian oireet alkavat nopeammin kuin Alzheimerin taudin, kyse voi olla päivistä tai viikoista (Atula 2015). Tiedonkäsittelyn heikentymisellä on suurin vaikutus sairastuneeseen potilaaseen, koska se vaikuttaa elämänlaatuun sekä työ- ja toimintakykyyn. Diagnoosi varmistetaan aivojen magneettitutkimuksella (Atula 2015).

Lewyn kappale -tauti on etenevä muistisairaus, joka alkaa 50–80 vuoden iässä ja on yleisempi miehillä kuin naisilla. Tauti etenee hitaasti ja ensioireet ovat tarkkaavaisuuteen, vireystilaan ja tiedonkäsittelyyn liittyvät oireet (Atula 2015). Lewyn kappale -tauti muistuttaa Parkinsonin tautia ja siinä on myös monia Alzheimerin taudin piirteitä (Lewyn kappale -tauti 2016).

Lewyn kappale -taudin tyypilliset oireet voidaan jakaa tiedonkäsittelyssä ilmeneviin oireisiin, parkinsonismiin ja psykoottisiin oireisiin. Tavallisimmat tiedonkäsittelyn ongelmiin liittyvät oireet ovat hahmotushäiriöt sekä eksekutiivisten toimintojen (tarkkaavuus, toiminnanohjaus) heikentyminen. Muistioireet eivät ole tyypillisiä taudin alkuvaiheessa, mutta muisti alkaa heikentyä taudin edetessä. (Erkinjuntti ym. 2015, 166.)

Parkinsonismin oireita esiintyy 40–90 % sairastuneista, näitä oireita ovat mm. lihasjäykkyys, liikkeiden aloittamisen ja toistettujen liikkeiden suorittamisen vaikeus sekä kävelyvaikeudet. Psykoottisia oireita ovat hallusinaatiot ja harhaluulot, hallusinaatioista yleisimpiä ovat näköharhat. Näköharhat ovat Lewyn kappale -taudissa tarkkoja ja yksityiskohtaisia. Harhaluuloista yleisimpiä ovat vainoharhat. Joskus harhaluulot voivat olla taudin ensioire. (Erkinjuntti ym. 2015, 166.)

Parkinsonin tauti on yksi Lewyn kappale -muutokseen liittyvä sairaus, johon sairastutaan tavallisimmin keski- tai vanhuusiässä. Taudin syytä ei tiedetä, mutta oireiden perussyy on väliaivojen ja hermosolujen vähitellen etenevä tuhoutuminen. Se johtaa dopamiinin puutteeseen, dopamiinin puutetta on eniten aivojen tyvitumakkeissa. (Parkinsonin tauti 2017.)

Parkinsonin tauti alkaa hitaasti. Taudin ensioireina voi olla ensin hajuistin häviäminen, unihäiriöt, ummetus ja muut autonomisen hermoston oireet sekä tiedonkäsittelyn ongelmat. Motoriset oireet ovat ensin toispuoleiset ja sairauden edetessä ne leviävät myös kehon toiselle puolelle. Motoriset oireet ovat vapina (ilmenee levossa), hidasliikkeisyys ja lihasjäykkyys. (Parkinsonin tauti 2017.)

Muita Parkinsonin taudin oireita ovat tasapainovaikeudet, autonomisen hermoston toimintahäiriöt sekä neuropsykiatriset häiriöt ja tiedonkäsittelyssä ilmenivät oireet. Neuropsykiatrisia häiriöitä voivat olla apatia, masennus ja impulssikontrollin häiriöt. (Erkinjuntti ym. 2015, 157–159.)

Otsa-ohimolohkorappeuma on yhteisnimitys ryhmälle oireyhtymiä, joissa yhteinen sairauden piirre on aivojen otsalohkojen toiminnan heikkeneminen ja siitä johtuva oireisto. Otsa-ohimolohkorappeuma jaetaan kolmeen eri osa-alueeseen: otsalohkodementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia, mikä tarkoittaa kyvyttömyyttä ymmärtää sanoja tai sanojen merkitystä. Näistä yleisimmin esiintyvä on otsalohkodementia. (Erkinjuntti ym. 2015, 172.)

Otsa-ohimolohkorappeuman syitä ei tarkkaan tiedetä, mutta perimällä ja geennivirheillä on merkitystä taudin syntyyn. Noin puolella diagnosoiduista rappeumaa sairastavista on positiivinen sukuhistoria. (Otsa-ohimolohkorappeumat 2016.)

Otsa-ohimolohkorappeuman oireet määräytyvät sen mukaan, missä osassa aivoja rappeuma on. Otsalohkojen alueelle painottuva sairaus aiheuttaa sosiaalisen käyttäytymisen ongelmia, kun ohimoalueen rappeuma taas aiheuttaa ongelmia puheen tuottamisessa. Muistiin liittyvät ongelmat kehittyvät hitaammin taudin edetessä. (Otsa-ohimolohkorappeumat 2016.)

2.2 Käytöshäiriöt muistisairauksissa

Muistisairaahan potilaan käytöshäiriöillä tarkoitetaan haitallisia psykologisia oireita, kuten masennusta, ahdistuneisuutta sekä käyttäytymisen muutoksia, joita ovat esimerkiksi vaeltelu, aggressiivisuus ja yliseksuaalisuus. Usein muistisairaahan syy joutua laitoshoitoon on vaikeat käytöshäiriöt. (Erkinjuntti ym. 2015, 90.) Tämän vuoksi käytöshäiriöiden tunnistaminen ja lääkkeettömien hoitokeinojen hallitseminen on tärkeää hoitotyössä.

Muistisairaahan kokemukset ja koetut tuntemukset kehossa vaikuttavat käytöshäiriöiden ilmaantumiseen. Tällaisia ovat esimerkiksi väsymys, nälkä ja pelko. Nämä tuovat helposti tilanteeseen negatiivisen sävyn riippumatta tilanteen tapahtumista. (Eloniemi-Sulkava ym. 2016, 26.) Muistisairaahan käytöshäiriöiden lieventämisen ja hoitamisen tulisiikin lähteä perustarpeista huolehtimisesta.

Perustarpeista huolehtimiseen kuuluu muun muassa säännöllinen päivärytmi. Se tarkoittaa, että muistisairaahan ruokailut ja nukkuminen tapahtuvat suurin piirtein samaan aikaan päivittäin riippumatta siitä, osaako hän itse huolehtia niistä sekä se, että liikuntaa tulee riittävästi päivittäin.

Halu kommunikoida ja tulla ymmärretyksi ei vähene sairauden edetessä ja sanojen hävitessä omien tarpeiden ilmaiseminen muuttuu haastavaksi. Itseilmaisun keinoilla ja käytöshäiriöillä on tutkittu olevan yhteyttä keskenään. Kielellisten taitojen hävitessä voivat hoitohenkilökunta ja lähiomaiset tulkita outoa käytöstä väärin. (Heikkinen ym. 2013, 315.)

Muistisairaahan kyky ymmärtää ja hahmottaa asioita ja asiayhteyksiä voi sairauden edetessä alentua ja siitä johtuvat pelot ja ahdistukset voivat aiheuttaa käytöshäiriöitä. Kipu, huono vointi tai muut fyysiset oireet voivat myös aiheuttaa muistisairaassa vihamielistä käyttäytymistä. (Sulkava ym. 1999, 22.)

Muistisairaahan peruspersoonana ei yleensä muutu sairastumisen myötä, kysymys on enemmänkin käyttäytymismallin muuttumisesta kuin persoonan muuttumisesta. Poikkeuksena ovat otsa-ohimolohkorappeumat, jotka voivat muuttaa potilaan persoonallisuutta ja käytöstä riippuen siitä, millä aivojen alueella rappeuma on. (Sulkava ym. 1999, 40.) Erilaiset käytöshäiriöt johtuvat sairaudesta ja sen tuomista kognitiivisista muutoksista, sairastunut ei aina ymmärrä, mitä hänelle tapahtuu, mikä lisää pelkoa ja sitä kautta erilaisia käytöshäiriöitä (Erkinjuntti ym. 2015, 95).

Useat muistisairaajat alkavat oireilla käytöshäiriöillä enemmän iltapäivällä ja illalla, johtuen väsymisestä. Potilaan oireilu voi johtua myös väsyneiden hoitajien reaktioista potilasta kohtaan ja näin hoitaja voi tahtomattaan lisätä muistisairaahan käytöshäiriöitä. Muita syitä illan väsymiseen ja oireiluun ovat valon väheneminen ja sitä kautta kontrastien hämärtyminen, mikä voi aiheuttaa muistisairaalla aistiharhoja. Eri sosiaali- ja terveysalan yksiköissä henkilökuntaa on iltavuoroissa usein vähemmän ja riskit tapaturmille kasvavat huomattavasti. Ympäristön turvallisuus ja hyvä valaistus vähentävät tapaturmariskiä. (Sulkava ym. 1999, 44.)

2.3 Käytöshäiriöiden esiintyminen muissa sairauksissa

MS-tauti aiheuttaa 40–60 % sairastuneista kognitiivisia oireita. Tällaisia ovat muun muassa muistiin liittyvät häiriöt, heikentynyt kyky painaa mieleen uusia asioita tai palauttaa vanhoja, opittuja asioita muistista sekä keskittymiskyvyttömyys ja tarkkaavaisuuden häiriöt. MS-tautia sairastavilla voi myös esiintyä masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta. (Leinonen 2013.)

Aivoverenkiertohäiriön sairastamisen jälkeen potilaalle voi jäädä neuropsyko-logisia oireita, joita käytöshäiriöt ovat. Tällaisia oireita ovat esimerkiksi tarkkaavaisuuden ja aloitekyvyn heikentyminen, hätäisyys, masentuneisuus sekä oiretietoisuuden puuttuminen. Osalla potilaista oireet jäävät osaksi elämää pysyvästi, kun osa taas kuntoutuu niin, että oireet poistuvat kokonaan. (Aivoverenkiertohäiriöt s.a.) Jokaisen potilaan kuntoutuminen on yksilöllistä.

Sekavuustila, eli delirium, on äkillinen, elimellinen aivo-oireyhtymä, jonka taustalta löytyy aina somaattinen syy, kuten sopimaton lääkitys, alkoholin vieroitusoireet tai infektio. Jo olemassa oleva muistisairaus tai muu keskushermoston sairaus altistaa deliriumille. Delirium tulisi aina tunnistaa mahdollisimman nopeasti sekä selvittää aiheuttaja, jotta hoito voitaisiin aloittaa heti. Deliriumin oireisiin kuuluvat lyhyessä ajassa kehittyneet tarkkaavaisuuden häiriöt, tiedonkäsittelyn vaikeudet, levottomuus, uni-valvetilarytmin häiriöt sekä hallusinaatioita. Deliriumia voi ehkäistä yön ja yönunen rauhoittamisella, potilaan orientaation ylläpidolla sekä esimerkiksi leikkauksen jälkeen varhaisella kuntouttamisen aloituksella. (Erkinjuntti ym. 2015, 218–219, 229.)

Virtsatieinfektio ei aina aiheuta kuumeilua ja virtsaamisoireita iäkkäillä potilailla, vaan ainoana oireena saattaa olla yleistilan lasku ja sekavuus. Nämä oireet saatetaan sekoittaa potilaan muihin sairauksiin ja siksi diagnosoiminen voi olla vaikeaa. (Tarnanen ym. 2015.) Potilaan sekavuuden lisääntyessä äkillisesti on osattava huomioida infektioiden ja deliriumin mahdollisuus muistisairauden ohella.

Hypo- ja hyperglykemia voi muuttaa potilaan käyttäytymistä normaalista poikkeavaksi. Hyperglykemiassa potilas voi olla erityisen väsynyt ilman muuta selvää syytä ja kontaktin saaminen häneen voi olla vaikeampaa. Hyperglykemia voi johtua esimerkiksi kehon tulehdustilasta. (Diabetes 2016.)

Hypoglykemiassa käytöshäiriö-tyyppisiä oireita esiintyy enemmän kuin hyperglykemiassa. Tällaisia oireita ovat muun muassa ärtyisyys, väsymys, näköhäiriöt sekä riitaisuus (Mustajoki 2016). Epäiltäessä hypo- tai hyperglykemiaa käytöshäiriöiden syynä on aina tärkeää selvittää, kummasta on kyse, sillä niiden korjaaminen ja hoito eroavat toisistaan huomattavasti.

Päihteiden käyttö voi muuttaa ihmisen käyttäytymistä ja osalla ihmisistä käyttäytyminen muuttuu häiritseväksi. Huumeiden käyttäjillä yleisimpiä käytöshäiriöitä ovat levottomuus, aggressiivisuus, masentuneisuus sekä vainoharhaisuus. Käytöshäiriöitä voi esiintyä huumeiden vaikutuksen alaisena, huumeista johtuvana vieroitusoireena taikka huumeiden käytön aiheuttaman muun sairauden, kuten psykoosin, oireena. (Huumeongelman hoito 2012.)

Alkoholin väärinkäyttäjillä esiintyy samankaltaisia käytöshäiriöitä kuin huumeiden käyttäjillä. Näistä yleisimpiä ovat ahdistuneisuus, masentuneisuus ja levottomuus. Myös alkoholin väärinkäyttäjillä käytöshäiriöitä voi esiintyä sekä alkoholin vaikutuksen alaisena, alkoholin käytön lopettamisesta johtuvana vieroitusoireena taikka alkoholin käytön aiheuttaman muun sairauden oireena. Vakavimpana alkoholin käytön aiheuttamana muuna sairautena pidetään delirium tremensiä, alkoholin lopettamisen jälkeen esiintyvää vaikeaa vieroitusoireyhtymää. Sen oireina ovat levottomuus, hikoilu, vapina, desorientaatio sekä hallusinaatioita. Tila voi olla hengenvaarallinen ja vaatii välitöntä hoitoa. Hoito toteutetaan useimmiten sairaalolosuhteissa bentsodiatsepiineillä. (Alkoholi-ongelman hoito 2015.)

Kipu voi olla yksi syy iäkkäällä potilaalla esiintyviin käytöshäiriöihin. Muistisairaat potilaat eivät välttämättä osaa tunnistaa tai sanoittaa kipuaan ja siksi sitä tulisi aktiivisesti havainnoida ja kysellä. Iäkkäällä ja muistisairaalla kipu voi ilmentua poikkeavina käytöksinä, kuten kasvojen kurtisteluna, ääntelynä, levottomuutena, liikkumisen välttelynä tai aggressiivisuutena ja vuorovaikutuksen vähenemisenä. (Finne-Soveri 2015.)

2.4 Käytöshäiriöiden lääkehoito

Lääkehoidossa on tärkeää, ettei se ole muistisairaahan käytöshäiriöiden ainoa hoitokeino. Lääkehoitoa ja hoitajien lääkkeettömiä hoitokeinoja tulisi aina käyttää yhdessä. Jotkut käytöshäiriöistä ovat lyhytaikaisia, joten niihin liittyviä lääkityksiä on syytä tarkistaa 3–6 kuukauden välein. (Käypä hoito 2017.) Kaikkiin käytöshäiriöihin ei ole olemassa lääkettä, joilla olisi niihin vastetta. Näitä ovat esimerkiksi itsensä vahingoittaminen, hyperseksuaalisuus ja vaeltelu. (Erkinjuntti ym. 2015, 481.)

Psykelääkkeitä suositellaan käytettäväksi vain lyhytaikaisesti, varsinkin jos kyse on vanhuksesta, koska ne voivat kertyä elimistöön. Tärkeimmät lääkkeet muistisairaahan käytöshäiriöiden hoitoon ovat muistisairauksiin käytettävät lääkkeet. Lääkehoitoa suunniteltaessa on huomioitava potilaalle tulevat mahdolliset sivuvaikutukset sekä muut hänellä jo käytössä olevat lääkkeet. (Muistisairaudet 2017.)

Masennuksen hoitoon käytetään yleensä serotoniinin takaisinottoon vaikuttavia lääkkeitä, esimerkiksi mirtatsapiini, moklobemidi ja venlafaksiini (Muistisairaudet 2017). Ahdistuksen hoitoon käytetään serotoniiniselektiivisiä lääkkeitä (Sulkava ym. 1999, 21). Jos lääkityksen tarve on lyhytaikainen, sopivat lääkkeeksi myös bentsodiatsepiinit. Keskivaikean ja vaikean ahdistuksen hoidossa käytetään busipironia ja moklobemidiiniä sekä serotoniinin takaisinottoa estäviä masennuslääkkeitä (Muistisairaudet 2017).

Levottomuutta voidaan hoitaa bentsodiatsepiineillä, mutta psykelääkkeiden pitkäaikaista käyttöä on syytä välttää varsinkin vanhuksilla. Levottomuuden hoitoon käytetään myös masennuslääkkeitä. Harha-ajatusten ja aistiharhojen hoitoon käytetään psykelääkkeitä, mutta ennen hoidon aloittamista suositellaan 1–3 kuukauden seurantaa. Vaikeammissa tapauksissa lääkitys aloitetaan aikaisemmin. (Muistisairaudet 2017.)

2.5 Lait, asetukset ja etiikka muistisairaiden hoidossa

Muistisairaiden potilaiden hoitoa ohjaa ja määrittelee muun muassa seuraavat lait, asetukset ja suositukset:

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista
- mielenterveyslaki
- sosiaalihoitola
- terveydenhuoltola
- laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista
- laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2020 (Finlex).

Hoitotyön perustoiminnoissa tulee eteen monia eettisiä ongelmia, mitä hoitaja ei välttämättä aina tunnista. Potilas on riippuvainen avusta monissa päivittäisissä perustoiminnoissa, kuten ruokailu, pukeutuminen, liikkuminen, hygienian hoito ja lääkehoito. Eettiset ongelmat koskettavat suurimmalta osalta potilaan itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä, näitä voidaan helposti loukata laitulosuhteissa. (Leino-Kilpi ym. 2014, 281–285.)

Laitoshoidossa hoitotyöntekijä on vastuussa potilaan hyvästä hoidosta ja hänen vastuullaan on, että potilasta kohdellaan hoitotyön eettisten periaatteiden mukaan. Potilaan voimavarojen vähetessä voi tulla tilanteita jolloin hoitajan on puolustettava ikääntynyttä potilasta jopa hänen omaisiaan vastaan, mikä tuo oman haasteensa hoitotyöhön. Tieto potilaan ja yksilön oikeuksista sekä lakien ja säädösten tunteminen auttaa hoitajaa hoitotyössä. (Leino-Kilpi ym. 2014, 281–285.) Potilas tulisi aina huomioida yksilönä, ihmisenä.

Apua ja neuvoa sosiaali- ja terveysalan eettisiin pulmiin ja kysymyksiin löytyy Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan, ETENEn, sivustoilta. ETENEn toiminta perustuu lakiin ja sen tarkoituksena on edistää potilaan oikeuksia sosiaali- ja terveysalalla. ETENEstä löytyy myös keskustelua lisääntyvästä teknologian ja tietotekniikan käytöstä hoitotyössä. ETENE julkaisee suosituksia ja raportteja, jotka ovat kaikkien luettavissa. (ETENE s.a.)

3 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla aikaisemmasta, tutkitusta tiedosta muistisairauksien lääkkeetöntä hoitotyötä. Selvitämme muistisairauden tuomia yleisimpiä käytöshäiriöitä, niiden lääkkeettömiä hoitokeinoja sekä käytöshäiriöihin vaikuttavia tekijöitä.

Kehittämistehtävän tavoitteena sekä tehtävänä on kehittää kirjallisuuskatsauksen tuloksien pohjalta laadukasta, monipuolista opetusmateriaalia sosiaali- ja terveysalan opettajien käyttöön. Tutkimuskysymykset ovat muotoutuneet kehittämistehtävän tarkoituksen ja tavoitteiden pohjalta. Tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Millaisia ovat muistisairaiden yleisimmät käytöshäiriöt?
2. Miten lieventää käytöshäiriöitä lääkkeettömin keinoin?
3. Mitkä tekijät voivat vaikuttaa käytöshäiriöiden ilmenemiseen?

4 TUTKIMUSMENETELMÄNÄ KIRJALLISUUSKATSAUS

Kirjallisuuskatsaus auttaa muodostamaan laajemman käsityksen tutkittavasta aihealueesta ja sen tulee aina olla toistettavissa (Stolt ym. 2015, 7). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on toistettu tutkimus jo olemassa oleviin tutkimuksiin (Johansson ym. 2007, 4; Stolt ym. 2015, 23). Jotta systemaattinen kirjallisuuskatsaus on luotettava, tulee siinä olla kaksi tekijää (Johansson ym. 2007, 6).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus etenee suunnittelusta raporttiin. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet voidaan rajata viiteen vaiheeseen. Ensimmäisenä kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja tutkimusongelmat tulee määritellä, jonka jälkeen voidaan suorittaa kirjallisuuden haku sekä aineiston valinta. Kolmantena valitut tutkimukset tulee arvioida ja neljäntenä vaiheena aineistot analysoidaan ja tehdään aineiston synteesi. Viimeisessä, eli viidennessä, vaiheessa kirjallisuuskatsauksen tulokset raportoidaan. (Stolt ym. 2015, 23.)

Tämän kehittämistehtävän tutkimusmenetelmänä on kirjallisuuskatsaus systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin. Seuraavat kappaleet kuvaavat kehittämistehtävän tutkimusprosessia.

4.1 Aineiston keruu

4.1.1 Tutkimusten haku

Kirjallisuuskatsauksessa haetaan ja valitaan käytettävät tutkimukset. Hakuprosessissa tulee muistaa tiedon käyttötarkoitus, käytössä olevat resurssit sekä prosessin arviointi. (Johansson ym. 2007, 6.) Aineistohakua on hyvä tehdä sekä elektronisesti että manuaalisesti (Stolt ym. 2015, 37). Ennen aineistohakua tulee laatia sisäänotto- sekä poissulkukriteerit, joiden avulla aineiston rajaaminen on helpompaa (Johansson ym. 2007, 6).

Tutkijan kannattaa tutustua aina kunkin tietokannan omiin ohjeisiin mahdollisimman hyvän hakutuloksen takaamiseksi. Jos ensimmäisillä hakusanoilla ei tunnu löytyvän tarpeeksi tuloksia, tulee käyttää mielikuvitusta ja muuttaa kirjoitustasua tai vaihtaa näkökulmaa. Hakusanoja joutuu usein myös katkaisemaan hakutulosten laajentamiseksi. Yleisin katkaisumerkki on *, mutta muitakin esiintyy. (Johansson ym. 2007, 6.) Hakusanojen katkaiseminen lisäksi hakusanoja ja -kokonaisuuksia myös yhdistellään toisiinsa. Yhdistämiseen käytetään sanaa AND. (Stolt ym. 2015, 41.)

Apua hakusanojen määrittämiseen voi etsiä esimerkiksi sanastoista ja alan artikkeleista. Englanninkielisten hakusanojen valinnassa auttaa esimerkiksi MOT-sanakirjasto. (Johansson, ym. 2007, 18.) Koehakuja tehtiin syksyllä 2017. Koehakujen tarkoituksena oli selvittää, mistä tietokannoista löytyy kehittämistehtävämme tutkimuskysymyksiin parhaiten vastaavia tutkimuksia. Hakusanamme muotoutuivat koehakujen yhteydessä.

4.1.2 Elektroninen tiedonhaku

Tämän kehittämistehtävän elektroninen tiedonhakua on suoritettu marraskuusta 2017 huhtikuuhun 2018. Tiedonhaku on suoritettu systemaattisesti, molemmat kehittämistehtävän tekijät ovat tehneet haut erikseen samoilla hakusanoilla. Tietokantoina käytimme Melindaa, PubMediä, Cinahlia ja Mediciä.

Melinda on Kansalliskirjaston kirjastoverkkopalveluiden vanhin kirjastoverkolle tarjoama palvelu. Melinda sisältää pääsääntöisesti mukana olevien kirjastojen kaikki aineistot. Melindasta muotoutuu vähitellen kaikkien suomalaisten kirjastojen yhteinen metatietovaranto. (Kansalliskirjasto 2015.)

PubMedin on kehittänyt National Center of Biotechnology Information (NCBI) yhteistyössä biolääketieteen kirjallisuuden julkaisijoiden kanssa. PubMed on hakutyökalu osallistuneiden julkaisijoiden verkkosivuille. (Kaakkuri s.a.)

Cinahl on hoitotyön ja hoitotieteen kattava, kansainvälinen tietokanta. Cinahlissa on rajattu käyttöoikeus. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun opiskelijoilla on lisenssi sen käyttöön. (Kaakkuri s.a.)

Medic on Terveystieteiden keskuskirjaston tuottama tietokanta. Medic sisältää artikkeleita, kirjoja, väitöskirjoja, opinnäytetöitä ja tutkimuslaitosten raportteja suomalaisesta lääke-, hammas- ja hoitotieteistä. (Johansson 2007, 29–30.)

4.1.3 Manuaalinen tiedonhaku

Manuaalisessa tiedonhaussa käytimme Gerontologia- sekä Hoitotiede-lehtiä. Suoritimme manuaalista tiedonhakua XAMK:lla Kouvolan kampuksella loka-kuussa 2017. Manuaalista tiedonhakua suorittivat molemmat kehittämistehtävän tekijät erikseen. Taulukossa 1 on kuvattu manuaalisen tiedonhaun tulokset manuaalisessa haussa käytetyistä lehdistä.

Taulukko 1. Manuaalinen tiedonhaku

Lehti	Hakusanat	Rajaus	Valittu otsikon perusteella	Valittu abstraktin perusteella	Valittu kokotekstin perusteella
Gerontologia	muistisairaus, käytöshäiriöt	1/2010-4/2017	4	2	2
Hoitotiede	muistisairaus, käytöshäiriöt	1/2010-4/2017	7	1	1
Yhteensä					3

Taulukossa 2 on kerrottu tiedonhaussa käytettyjen tietokantojen hakurajaukset. Hakurajaukset on määritelty jokaiseen tietokantaan vastaamaan mahdollisimman tarkasti toisiaan.

Taulukko 2. Tietokantojen hakurajaukset

Tietokanta	Hakutyyppi	Yhdistäjä	Lyhenitys	Vuodet	Kielet	Aineistot
Melinda	Kaikki sanat	AND	*	2010-2017	Kaikki kielet	Kaikki aineistot
PubMed	All Fields	AND	*	2010-2017	Kaikki kielet	Koko teksti saatavilla, Clinical Study, Clinical Trial, Systematic Reviews
Cinahl	All Fields	AND	*	2010-2017	suomi, englanti	Koko teksti saatavilla
Medic	Tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä	AND	*	2010-2017	Kaikki kielet	Kaikki julkaisutyypit, vain kokotekstit

4.1.4 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Kehittämistehtävän kirjallisuuskatsaukseen sisällytetyt tutkimukset ovat käyneet läpi ennalta määritellyt sisäänottokriteerit. Sisäänottokriteerit perustuvat tutkimuskysymyksiin ja ne määritellään ennen varsinaista tutkimusten valintaa (Johansson ym. 2007, 59; Stolt ym. 2015, 59).

Hyväksyttävien ja poissuljettavien tutkimusten valinta perustuu siihen, vastaavatko löydetty tutkimukset sisäänottokriteereitä. Laaditut kriteerit voivat kohdistua tutkimuksen kohdejoukkoon, interventioon, tuloksiin tai tutkimusasetelmaan. (Johansson ym. 2007, 6, 59; Stolt ym. 2015, 59).

Tämän kehittämistehtävän sisäänottokriteereiksi on määritetty seuraavat kriteerit:

- Tutkimuksen tulee olla kokonaisuudessaan saatavilla
- käytetään vain tieteellisiä tutkimuksia sekä artikkeleita ja väitöskirjoja tai pro graduja
- hakusanojen tulee esiintyä otsikossa, tiivistelmässä tai asiasanana
- tutkimuksen sisällön tulee olla oleellinen kehittämistehtävän kannalta
- tutkimuksen tulee olla suomen- tai englanninkielinen
- aineiston tulee löytyä aikaväliltä 2010–2017.

Kehittämistehtävään valituista tutkimuksista karsittiin tutkimukset, jotka käsitelivät laajemmin lääkehoidollisia keinoja kuin lääkkeettömiä keinoja, kotihoitoa sekä omaisia taikka omaishoitoa.

4.1.5 Tutkimusten valinta

Tutkimusten valinta tapahtui vaiheittain ja perustui ennalta määriteltyihin sisäönnotokriteereihin. Tutkimusten vastaavuutta kriteereihin tarkastellaan otsikko-, tiivistelmä- sekä koko teksti- tasoilla. (Johansson ym. 2007, 59.)

Taulukossa 3 ja 4 on kerrottu kaikkien tietokantojen sekä yhden portaalin hakuprosessi sekä haun tuloksena valittujen tutkimusten ja artikkeleiden määrä. Taulukossa 5 on manuaalisen sekä elektronisen tiedonhaun valitut tutkimukset ja artikkelit yhteensä. Hakuprosessi suoritettiin lopullisesti kahteen kertaan. Toinen hakukerta suoritettiin suomenkielisillä sanoilla, toinen englanninkielisillä sanoilla.

Taulukko 3. Hakuprosessi ensimmäisillä hakusanoilla

Tietokanta	Hakusanat	Rajaus	Tulokset	Valittu otsikon perusteella	Valittu abstraktin perusteella	Valittu kokotekstin perusteella
Melinda	dementia, cognitive	2010–2017	119	4	0	0
Medic	dementia, cognitive	2010–2017	57	5	2	2
PubMed	dementia, cognitive	2010–2017	9	1	0	0
Cinahl	dementia, cognitive	2010–2017	83	4	3	1
Yhteensä						3

Taulukko 4. Hakuprosessi toisilla hakusanoilla

Tietokanta	Hakusanat	Rajaus	Tulokset	Valittu otsikon perusteella	Valittu abstraktin perusteella	Valittu kokotekstin perusteella
Melinda	käytöshäiriö, muistisairaus	2010–2017	23	4	3	3
Medic	käytöshäiriö, muistisairaus	2010–2017	19	3	2	2
PubMed	käytöshäiriö, muistisairaus	2010–2017	0	0	0	0
Cinahl	käytöshäiriö, muistisairaus	2010–2017	0	0	0	0
Yhteensä						5

Taulukko 5. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten määrä

Tutkimuksia manuaalisella tiedonhaulla	Tutkimuksia elektronisella tiedonhaulla	Tutkimuksia yhteensä
3	8	11

Liitteessä 2 ovat hyväksytyjen tutkimusten aineiston kuvaus, käytetty tutkimusmenetelmä sekä keskeisimmät tutkimustulokset tutkimustaulukkona.

4.2 Aineiston analyysi

Aineiston analysoinnin ja käsittelyn tarkoituksena on kasata yhteenveto valittujen tutkimusten keskeisimmistä tuloksista. Aineistoa järjestellään ja luokitellaan sekä etsitään niistä eroavaisuuksia ja yhteneväisyyksiä. Viimeisenä analyysin tuloksia tulkitaan ja ne kirjoitetaan ylös. Tästä muodostuu ymmärrystä lisäävä kokonaisuus. (Stolt ym. 2015, 30.)

Laadullisessa aineiston analyysissä on keskeistä luokittelujen tekeminen (Hirsjärvi ym. 2016, 232). Analysoimme aineistomme induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Nimensä mukaisesti analyysin pääpaino on ollut aineistossa, eikä analysointityksiköitä oltu ennalta määriteltä. Induktiivisessa analysoinnissa edetään yksittäisistä havainnoista yleisiin väitteisiin. Tämä analyysimuoto vaatii tutkijalta objektiivisuutta, omat ennakkokäsitykset ja kokemukset eivät saa vaikuttaa aineiston tuloksiin. (Saaranen-Kauppinen ym. 2006.)

Kehittämistehtävän aineisto on analysoitu tutkimuskysymyksittäin. Jokaisesta tutkimuskysymyksestä tehtiin oma analyysikaavio, jossa analysointityksiköitä ei oltu ennalta määriteltä, vaan analysoinnissa haettiin yksittäisiä havaintoja kunkin tutkimuskysymyksen perusteella. Yksittäiset havainnot kirjattiin ylös, jonka jälkeen niiden yhteneväisyyksiä pohdittiin ja yhdistettiin alakategorioiksi. Näistä alakategorioista muodostimme jokaisen tutkimuskysymyksen pääkategoriat, jotka liittyivät ihmisen psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen kokonaisuuteen. Kuvissa 1, 2 ja 3 on sisällönanalyysit suoritetusta aineiston analyysistä. Kuvat ovat liitteinä 4–6.

5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Tämän kehittämistehtävän kirjallisuuskatsauksen aineistoina käytettyjen tutkimusten analysoinnista löytyneet tulokset tutkimuskysymyksiin vastattuina löytyvät liitteestä kolme.

5.1 Muistisairaiden yleisimmät käytöshäiriöt

Käytöshäiriöitä esiintyy kaikissa etenevissä muistisairauksissa (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 94). Muistisairauden yksi tyypillinen piirre on kognitiivisten kykyjen heikkeneminen, mikä aiheuttaa sairastuneelle turvattomuuden tunnetta (Isola ym. 2005, 146) sekä käytöshäiriöitä (Saarnio ym. 2011, 47). Käytöshäiriöt ovatkin usein muistisairauksien ongelmallisoin oire (Matila ym. 2015, 599).

Muistisairaiden käytöshäiriöiden syy voi olla omien tarpeiden ilmaisua, muistisairaahan omien tarpeiden ilmaisukyky on laskenut ja näin ollen käytöshäiriöiden tulkinta voi olla vaikeaa (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 106). Käytöshäiriöitä esiintyy enemmän ympärivuorokautisessa ja laitoshoidossa kuin kotihoidossa (Kuronen 2017, 39). Muistisairaiden oireista käytöshäiriöt työllistävät hoitohenkilökuntaa eniten niin fyysisesti kuin psyykkisestikin (Saarnio ym. 2011, 47).

Apaattinen potilas ei ole kiinnostunut ympärillään tapahtuvista asioista. Tällainen potilas aloittaa harvemmin keskustelua itse, osoittaa tunteitaan tai on kiinnostunut muiden ihmisten tekemisistä ja puheista. (Suontaka-Jamalainen 2011, 25.) Mielialanmuutoksia ja apatiaa esiintyy noin kolmanneksella sairastuneista (Kuronen 2017, 39), se haittaa potilaan oma-aloitteisuutta ja toimintaa. Apaattisuutta esiintyy yleensä muistisairauden alkuvaiheessa (Gitlin ym. 2012, 4; Hongisto 2017, 54).

Masennusoireita esiintyy noin kahdella kolmasosalla muistisairaista potilaista (Suontaka-Jamalainen 2011, 26). Masennusta esiintyy eniten muistisairaahan alkuvaiheessa sekä potilaalla, kenen kognitiiviset kyvyt ovat alentuneet vain vähän (Gitlin ym. 2012, 4; Hongisto 2017, 54). Potilas voi esimerkiksi olla itkuihin, alakuloisen tai lannistuneen oloinen, hän voi vähätellä itseään tai tuoda esille kuolemantoiveita (Suontaka-Jamalainen 2011, 26). Masennusoireita esiintyy enemmän nais- kuin miespotilailla (Hongisto 2017, 54).

Masennuksen lisäksi potilailla voi ilmetä ahdistuneisuutta. Ahdistunut muistisairas on peloissaan, huolestunut tai hermostunut jostakin ilman selvää syytä. Ahdistuneisuus voi ilmetä myös ylijännittyneisyytenä tai hengenahdistuksena. (Suontaka-Jamalainen 2011, 28–29.) Ahdistuneisuutta esiintyy noin neljäsosalla muistisairaista (Hongisto 2017, 54).

Psykoottisia oireita on noin 10–12 % muistisairaista (Kuronen 2017, 39). Harhaluulot taas ovat muistisairaiden yleisiä käytöshäiriöitä, niitä esiintyy noin 73 % muistisairaista. Tyypillisimmät harhaluulot muistisairaalla ovat muun muassa varastamisharhat, vaarassa olemisen tai vahingoittamisen uhan harhat sekä parisuhteeseen tai läheisiin liittyvät harhat. Psykoottiset oireet kuormittavat potilasta hoitavia tahoja sekä hoitajia. (Suontaka-Jamalainen 2011, 27.) Harhaluuloja ja hallusinaatioita esiintyy useimmiten muistisairauden keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa (Gitlin ym. 2012, 4), mutta ne voivat olla myös muistisairauden ensioire (Matila ym. 2015, 600).

Potilaiden uni- ja valverytmin häiriöt aiheuttavat ongelmia myös päivällä, kun yöllä vähiin jäänyttä unimäärää kiritään kiinni ottamalla päiväunia (Gitlin ym. 2012, 2; Suontaka-Jamalainen 2011, 31). Tämä voi sotkea unirytmää entisestään. Unihäiriöihin liittyy hallusinaatioita, kuten äänien kuulemista öisin (Gitlin ym. 2012, 2). Unen häiriöitä voi myös olla öisin liikkuminen, kuten vaeltelu (Matila ym. 2015, 599), sekä toimimaan ryhtyminen, kuten pukeutuminen päivävaatteisiin (Suontaka-Jamalainen 2011, 30). Uni- ja valverytmin häiriöitä esiintyy 10–15 %:lla muistisairaista potilaista (Kuronen 2017, 39; Hongisto 2017, 54).

Aggressiivisuus voi olla fyysistä tai verbaalista. Fyysinen aggressiivisuus esiintyy muun muassa hoitotoimenpiteiden vastustamisena ja sylkemisenä, verbaalinen aggressiivisuus taas huutamisenä taikka kirkumisena. (Saarnio ym. 2011, 50; Suontaka-Jamalainen 2011, 26.) Muistisairaalla vihamielinen käytös voi olla jatkuvaa tai se voi liittyä tiettyihin tilanteisiin, kuten peseytymiseen tai ruokailuun. Laitosmuodolla ja laitosten asiakasmäärällä on todettu olevan yhteys muistisairaahan aggressiivisen käyttäytymisen esiintyvyyteen (Saarnio ym. 2011, 52.) Hoitajat kokevat levottomuuden ja aggressiivisuuden häiritsevimmiksi käytöshäiriöiksi (Suontaka-Jamalainen 2011, 27). Aggressiivisuus on yleistä muistisairauden keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa (Gitlin ym. 2012, 4).

Levottomuutta voi esiintyä niin verbaalisena kuin fyysisenäkin. Verbaalinen levottomuus ilmenee jatkuvana kyselemisenä tai samojen asioiden tai sanojen toistamisena. Fyysinen levottomuus on yleensä jatkuvaa kävelyä, harhailua tai erilaista touhuilua. (Saarnio ym. 2011, 50.) Levottomuus voi johtua fyysisestä tai henkisestä pahoinvoinnista ja onkin tärkeää selvittää potilaan taustoja, milloin ja missä tilanteissa levottomuutta esiintyy. Levottomuuteen voi kuulua yhteistyöstä ja avun saannista kieltäytymistä (Suontaka-Jamalainen 2011, 26). Levottomuutta esiintyy noin kolmanneksella muistisairaista (Hongisto 2017, 54).

Poikkeavalla motorisella käyttäytymisellä tarkoitetaan esimerkiksi vaikeutta rauhoittua aloilleen, toistuvaa pukemista ja riisumista taikka tiettyjä toimintoja, joita potilas toistaa jatkuvasti, kuten esineiden hypistely. Muistisairaahan potilaan vaeltelu ja muu toimintojen toistaminen rasittaa erityisesti laitoshoidon hoitohenkilökuntaa. (Suontaka-Jamalainen 2011, 29.) Poikkeava motorinen käyttäytyminen eroaa levottomuudesta ja ahdistuneisuudesta sillä, että se on vain fyysistä. Poikkeavaa motorista käyttäytymistä esiintyy noin viidesosalla potilaista (Hongisto 2017, 54).

Estottomuus on harvinaisempi käytöshäiriö, hoitajien mielestä seksuaalista estottomuutta esiintyy harvoin (Saarnio ym. 2011, 53). Estottomuutta on kahdenlaista. Ensimmäisenä hetken mielenjohteesta toimimista seurauksia ajattelematta, kuten ventovieraille keskustelemista ja loukkaavien kommenttien sanomista. Toisena esiintyy seksuaalista estottomuutta, johon liittyy muun muassa seksuaalisten huomautuksien antamista. (Suontaka-Jamalain 2011 29–30.)

Syömishäiriöitä esiintyy noin neljäsosalla muistisairaista potilaista (Hongisto 2017, 54). Yleinen syömiseen liittyvä häiriö on ruokahalun menettäminen ja laihtuminen. Syömishäiriötä ilmenee myös muun muassa liiallisella makeisten tai muiden vastaavien ruoka-aineiden syömisellä sekä ruuan liiallisena kerralla suuhun ahtaamisena. (Suontaka-Jamalain 2011, 31.)

Muistisaira potilas itseään vahingoittavaa käyttäytymistä on muun muassa ravinnoksi kelpaamattomien asioiden syöminen, poikkeava seksuaalinen käyttäytyminen sekä itsetuhoisuus. Hoitohenkilökunnan mielestä näitä käytöshäiriön muotoja esiintyy muistisairailla vain harvoin. (Saarnio ym. 2011, 50–51.)

Muistisaira potilas kognitiivisen toimintakyvyn heiketessä potilaan toiminnanohjaus vaikeutuu. Kognitiiviseen toimintakykyyn kuuluu muun muassa päättely- ja muistitoiminnot sekä kommunikaatio. (Suontaka-Jamalain 2011 8.) Muistisairauden alkuvaiheessa kommunikaatioon liittyvät vaikeudet ilmenevät muun muassa esineiden ja asioiden nimeämisen vaikeutumisena sekä läheisten nimien unohtamisena. Muistisairauden edetessä potilas ei enää välttämättä tunnista läheisiään, mikä voi johtaa ahdistuneisuuteen. (Jootun 2011, 44.) Kognitiivinen toimintakyky heikentyy heti muistisairauden lievästä vaiheesta alkaen (Suontaka-Jamalain 2011, 8).

5.2 Käytöshäiriöiden lieventäminen lääkkeettömin keinoin

Käytöshäiriöiden lieventämisen lääkkeettömät keinot tuottavat potilaalle parantunutta elämänlaatua ja tyytyväisyyttä sekä vähentävät käytöshäiriöitä pienemmällä riskillä ja haittavaikutuksilla kuin lääkkeetön hoito (Gitlin ym. 2012, 12). Pelkillä lääkkeettömillä hoitokeinoilla saadaan usein kuitenkin pienempiä vaikutuksia aikaan, joten lääkitystä tarvitaan usein hoitokeinojen rinnalle (Kuronen 2017, 23). Lääkkeettömät keinot tulee silti sisällyttää hyvään hoitoon (Suontaka-Jamalainen 2011, 54).

Sanallista rauhoittelua ja keskustelua hoitajilta saa tutkimuksen mukaan noin kaksi kolmasosaa potilaista (Kuronen 2017, 47). Ihmiset ilmaisevat tarpeitaan, tunteitaan ja toiveitaan sanallisesti. Muistisairaalla tämä kyky on alentunut, mikä voi johtaa potilaan ahdistuneisuuteen. (Jootun ym. 2011, 41–44.) Hoitajan ymmärtävään toimintatapaan kuuluu selvittää, mikä potilaalla on hätänä (Saarnio ym. 2011, 52) sekä auttaa häntä kommunikoimaan potilaalle sopivimmilla keinoilla (Jootun ym. 2011, 41).

Vaikuttava kommunikaatio on keskeistä tarjotessa hyvää hoitoa muistisairaalle (Jootun ym. 2011, 40). Vuorovaikutuksessa tulee muistaa yleiset kohteliaisuudet. Ei puhuta potilaan päälle, ei koroteta ääntä, osoitetaan kiinnostusta toisen puhuessa. Muistisairas tarvitsee usein aikaa lauseidensa muodostamiseen, ja tämä aika tulee hänelle suoda. Jos lauseen muodostaminen tuntuu hankalalta, voi hoitaja yrittää täydentää sitä sana kerrallaan tai ottaa eleet, kuvat sekä osoittamisen avuksi kommunikointiin. (Laaksonen ym. 2016, 27, 59; Jootun ym. 2011, 45.) Vuorovaikutuksessa muistisairaalla kanssa keskeisten sanojen painottaminen ja sävelkulun muuttaminen lauseessa auttaa muistisairasta keskittymään keskusteluun (Laaksonen ym. 2016, 22).

Musiikilla voidaan lisätä potilaan hoitomyönteisyyttä sekä lievittää potilaiden ahdistusta ja aggressiivisuutta. Musiikkia ja laulamista käytetään helpottamaan päivittäisten toimintojen helpottamiseksi. (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 63.) Päivittäinen musiikin kuuntelu parantaa muistisairaahan motoriikkaa, kognitiivista toimintakykyä (Sihvonen ym. 2014, 1856), nostaa potilaan mielialaa sekä parantaa hetkellisesti puheen tuottamisen, kielellisen muistin sekä visuaalisen hahmottamisen kykyä (Numminen 2015, 89).

Päivittäisten toimintojen yhteydessä hoitajan laulaminen tuottaa sekä hoitohenkilökunnalle että muistisairaalle rennompaa oloa ja myönteisempää kommunikaatiota (Numminen 2015, 90). Muistisairaahan potilaat tunnistavat ja ymmärtävät laulettua lauseen paremmin kuin puhutun (Sihvonen ym. 2014, 1856). Musiikki ja laulaminen lievittävät muistisairaahan ahdistuneisuutta ja aggressiivisuutta (Numminen 2015, 90) sekä koettua kivun voimakkuutta (Sihvonen ym. 2014, 1856).

Mielekkäällä tekemisellä ja aktiviteetilla on todettu olevan levottomuutta ja masennusta ehkäisevää sekä lieventävää vaikutusta. Toiminta ja aktiviteetti tulisi suhteuttaa potilaan toimintakykyyn ja mahdollisuuksiin. (Gitlin ym. 2012, 8.) Aktiviteettien järjestäminen käytöshäiriöitä ehkäisevänä hoitokeinona kuuluu hoitohenkilökunnan ymmärtävään toimintatapaan (Saarnio ym. 2011, 52). Mielekkään tekemisen on todettu ylläpitävän muistisairaahan toimintakykyä ja vähentävän käytöshäiriöitä (Suontaka-Jamalainen 2011, 10). Muistisairaiden mielekkään tekemisen saa usein selville keskustelemalla heidän kanssaan menneistä harrastuksista ja mielekkäistä tekemisen kohteista tai kyselemällä omaisilta.

Käytöshäiriöiden lieventämiseksi suositellaan erilaisia terapioita, kuten muistelu-, mielikuva-, musiikki- sekä liikuntaterapiaa (Suontaka-Jamalainen 2011, 54). Muisteluterapiasta on saatu käytöshäiriöitä lieventäviä tuloksia, kuten myös mielikuvaterapiasta käytännön työssä, mutta tästä ei ole tieteellistä näyttöä (Suontaka-Jamalainen 2011, 10).

Muisteluterapiassa käydään läpi potilaan menneisyyttä, näin saadaan parempi ymmärrys potilaan voimavaroista ja persoonasta. Pienikin hetki yhdessä potilaan kanssa muistellen voi auttaa ymmärtämään paremmin potilaan käyttäytymistä ja toimintatapoja. Muisteluterapiassa voidaan käyttää esimerkiksi valokuvia, maalaamista, musiikkia, laulua, runoja sekä esineitä. (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 69–70.) Mielikuvaterapiassa hoitaja pyrkii ymmärtämään muistisairasta ja hänen kokemuksiaan (Suontaka-Jamalain 2011, 10).

Musiikkiterapiaa voidaan järjestää monin eri tavoin. Muistisairaille voidaan soittaa heille tuttua vokaali- tai instrumentaalimusiikkia, kuten lastenlauluja, he voivat osallistua musiikin tuottamiseen tai heidät voi osallistaa laulamaan (Sihvonen ym. 2014, 1855). Musiikkiterapialla voidaan lieventää useimpia muistisairaiden käytöshäiriöitä, kuten levottomuutta ja aggressiivisuutta (Numminen 2015, 89).

Fyysiset ryhmäterapiat ylläpitävät potilaan toimintakykyä sekä lisäävät sosiaalista yhdessäoloa (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 65; Suontaka-Jamalain 2011, 10). Toimintakyvyn ylläpito auttaa potilasta selviytymään päivittäisistä toimista, kuten ruokailusta ja liikkumisesta, itse. Sosiaalinen yhdessäolo lisää virikettä ja osallistumisen tunnetta potilaalla. Ryhmäterapiat vievät huomiota ja energiaa, jolloin käytöshäiriöiden ilmeneminen vähenee. (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 65–67.)

Omaa persoonaa voi käyttää myös potilaan lohduttamisessa ja mukavuuden tunteen luomisessa. On tärkeää antaa omaa aikaansa potilaalle. (Kuronen 2017, 54.) Hoitajan oman persoonan käyttö on ihmisenä olemista, ei pelkästään työntekijänä. Aito ja avoin suhtautuminen ja myönteinen elämänasenne heijastuvat muistisairaisiin. (Isola ym. 2005, 148.) Empaattista, avointa, aitoa ja myönteistä asennetta pidetään tärkeinä osa-alueina persoonan käytössä. Huumorin ja luovuuden käytön on koettu auttavan laukaisemaan tilanteita, joissa käytöshäiriöitä esiintyy, kuten aggressiivisia tai kotiinlähtökaipuisia tilanteita (Isola ym. 2005, 149).

Hoitajan käyttäessä muistisairaahan hoidossa keinona järkipäätämistä, kuuluu hänen toimintaansa asioiden perustelu, potilaan vakuuttaminen ja ohjaaminen sekä ympäristön muokkaaminen muistisairaalle sopivaksi. Esimerkiksi keskustelussa muistisairaahan kanssa vedotaan niin sanotusti järkisyyhin, potilaalta ei kielletä asioita ja pyritään keskustelemaan niin kuin aikuisten kanssa keskustellaan. Hoitajan vakuutuksessa potilasta tulee hänen pystyä perustelemaan asiansa uskottavasti, sillä muistisairas tunnistaa epäaidon käyttäytymisen. (Isola ym. 2005, 149–150.)

Teoreettisen tiedon lisäksi tarvitaan intuitiivista toimintaa, johon lasketaan ennaltaehkäisy, tilanteisiin mukaan meneminen sekä huomion ohjaaminen muuhun. Intuitiivisuus vaatii hoitajilta kokemusta ja herkkyyttä tunnistaa muistisairaahan ilmeistä, eleistä ja käytöksestä hänen tarpeensa. (Isola ym. 2005, 150.)

Rauhoittelu, lohduttaminen ja läsnäolo ovat usein käytettyjä keinoja potilaiden käytöshäiriöiden lieventämiseen (Kuronen 2017, 48). Tuntoaisti säilyy ihmisellä yleensä pidempään kuin muut aistit, ja kosketus voi lieventää potilaan levottomuutta (Laaksonen ym. 2016, 23). Rauhoittellessaan potilasta hoitajat käyttävät erilaisia keinoja, joita ovat muun muassa huomion kiinnittäminen muualle, rauhoittaminen sanallisesti sekä huumorilla taikka siirtämällä rauhattomuutta aiheuttavan toimenpiteen myöhäisemmäksi (Keinänen 2015, 24). Näiden keinojen käyttö on yleisempää nais- kuin miespotilailla (Kuronen 2017, 47).

Muistisairaalle sopiva ympäristö on turvallinen sekä psyykkisesti, fyysisesti että sosiaalisesti. Muistisairas tunnistaa herkästi sosiaalisen ympäristön ilmapiiirin ja tämä voi vaikuttaa käytöshäiriöiden ilmenemiseen tai lisääntymiseen. (Isola ym. 2005, 150.) Turvallinen fyysinen ympäristö on muun muassa äänenvoimakkuudeltaan ja valaistukseltaan tasapainoinen (Laaksonen ym. 2016, 59).

Uni- ja valverytmin häiriöitä lieventää suunnitellut ja toistuvat iltarutiinit, joihin kuuluu muun muassa kofiiniuotteiden nauttimisen lopettaminen iltapäivästä sekä ympäristön suunnitteleminen sellaiseksi, että potilas kokee olonsa turvaliseksi, kuten pienen valon pitäminen päällä öisinkin (Gitlin ym. 2012, 6.)

Rajoittaminen hoitotyössä on yleinen lääkkeetön keino käytöshäiriöihin. Eräässä tutkimuksessa vain 1 % hoitohenkilökunnasta ilmoitti, ettei käytä rajoitteita koskaan. (Saarnio ym. 2011, 52.) Toisessa tutkimuksessa taas saatiin selville, että puolta laitoshoidon potilaista rajoitetaan (Kuronen 2017, 46). Rajoittaminen voi toimia käytöshäiriön keskeyttävänä keinona, mutta se ei ehkäise käytöshäiriöiden syntyä.

Rajoittaminen voi olla fyysistä, rauhoittavan lääkkeen antamista tai tilasta poistamista. Fyysinen rajoittaminen tarkoittaa, että potilaan liikkuminen estetään esimerkiksi sitomalla hänet vuoteeseen tai pyörätuoliin. Rauhoittavan lääkkeen antoa ei pidetä hyvänä rajoittamisen keinona, sillä se aiheuttaa usein ongelmia myös potilaan liikkumisessa lääkkeiden vaikutuksista johtuen. Tilasta/tilanteesta potilas poistetaan, jos hänestä on hoitajien arvioimana haittaa muille potilaille. (Keinänen 2015, 26.)

Fyysinen rajoittaminen voidaan jakaa kolmeen eri osaan, jotka ovat potilas-, hoitaja- sekä organisaatiolähtöinen rajoittaminen. Potilaslähtöisen rajoittamisen tarkoittaa, että potilasta rajoitetaan hänen itsensä vuoksi, jotta hoitotoimenpiteet saadaan tehtyä tai potilaan oman ja muiden potilaiden turvallisuuden ja viihtyvyyden vuoksi (Keinänen 2015, 27).

Hoitajalähtöisessä rajoittamisessa potilaita rajoitetaan useimmiten kiireen vuoksi. Hoitajat kokevat, että työ kuormittaa vähemmän, kun vaeltava potilas on sidottuna sen aikaa, kun hoitajat tekevät muita tehtäviä. Hoitajalähtöistä rajoittamista ilmenee eniten iltavuoroissa, joissa henkilökuntaa on vähemmän kuin aamuvuoroissa. (Keinänen 2015, 28.)

Organisaatiolähtöinen rajoittaminen liittyy organisaation toimintamalleihin. Organisaatiossa voi olla puutteita ohjeissa ja säännöissä rajoittamiseen. Lupa- käytäntöihin liittyvää tarpeellisuutta, perusteita ja ajankohtaisuutta ei aina riittävän usein arvioida tai rajoittamiset jäävät kirjaamatta. (Keinänen 2015, 29–31.) Suomessa laki ohjaa fyysistä rajoittamista vain mielenterveyspalveluiden kohdalla (Kuronen 2017, 27).

Äkillisesti ilmaantuneet käytöshäiriöt voivat olla merkki somaattisesta sairaudesta tai lääkehoitoon liittyvä haittavaikutus. Käytöshäiriöt häviävät, kun somaattinen vaiva hoidetaan tai lääkehoito tarkistetaan ja muutetaan asianmukaiseksi (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 106).

Yhteistyö muiden potilaan hoitoon osallistuvien tahojen, kuten omaisten, muiden hoitajien ja ammattiryhmien kanssa vaikuttavat potilaan oikeuksien kunnioittamiseen ja toiveiden kuunteluun myönteisesti (Keinänen 2015, 23). Yhteistyön lisäksi hoitajilta edellytetään hyviä vuorovaikutustaitoja sekä potilaan, että hänen omaistensa kanssa (Suontaka-Jamalainen 2011, 54; Jootun ym. 2011, 40).

Käytöshäiriöiden hoito lääkkeettömästi vaatii hoitajilta monipuolista osaamista. Lääkkeettömien hoitokeinojen käyttöönotto eri sosiaali- ja terveysalan ammattiryhmillä vaatii riittävää koulutusta sekä opastusta niiden hyödyntämiseksi. (Suontaka-Jamalainen 2011, 54; Matila ym. 2015, 602.) Hoitajien kommunikointitaitojen kehittäminen auttaa ehkäisemään ja hoitamaan potilaiden käytöshäiriöitä (Gitlin ym. 2012, 12; Kuronen 2017, 23). Opinnoissa, koulutuksissa ja työelämässä opittujen ja oivallettujen tietojen ja taitojen jakaminen hoitajien kesken on tärkeää, jotta potilaat saavat yhtäläisen mahdollisuuden hyvään, kunnioittavaan ja osaavaan hoitoon.

Vaikuttava vuorovaikutus muistisairaana kanssa vaatii hoitajalta tietoa vuorovaikutuksen elementeistä, kuten sanattomasta viestinnästä ja keinoista tukea muistisairaana viestintää (Jootun ym. 2011, 45; Laaksonen ym. 2016, 34, 46). Vuorovaikutuksessa potilaan kanssa tulee huomioida yksinkertaisen, rauhallisen kommunikaation käyttäminen. Tällaista on lyhyiden lauseiden käyttö, yksinkertaisten vaihtoehtojen antaminen, kieltosanojen välttäminen ja potilaan ilmaisun auttaminen. (Gitlin ym. 2012, 21.) Hoitohenkilökunnan tulee tiedostaa se positiivinen muutos, minkä vaikuttavalla vuorovaikutuksella voi muistisairaana potilaan hyvinvointiin ja elämänlaatuun saada (Jootun ym. 2011, 46).

5.3 Käytöshäiriöiden ilmenemiseen vaikuttavia tekijöitä

Hoitajan on tärkeää empaattisuudessa sekä kaikessa käyttäytymisessään olla aito, sillä muistisairaat tunnistavat epäaidon käyttäytymisen (Isola ym. 2005, 150). Ymmärtävällä toimintatavalla ja asenteella potilaita hoitavat useimmiten vanhimmat hoitajat sekä he, joilla on kokemusta muistisairaiden hoidosta vähintään 7 vuoden ajalta (Saarnio ym. 2011, 51). Epäammatillista toimintatapaa hoitajilla esiintyy harvoin (Saarnio ym. 2011, 51).

Tarpeetonta rajoittamista muistisairaiden hoidossa tulee välttää. Esimerkiksi lukitut ovet voivat aiheuttaa muistisairaassa ahdistuneisuutta (Isola ym. 2005, 150). Lukitut ovet voi esimerkiksi palveluasumisessa peittää verhoihin tai kuvin. Vaikeat käytöshäiriöt lisäävät fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käyttöä, mikä lisää potilaan kärsimystä. (Isola ym. 2005, 147.) Jotta rajoittaminen vähentäisi hoitotyön lääkkeettömänä keinona, tulisi sen tilalle kehittää uusia toimintamalleja ja kouluttaa hoitohenkilökuntaa niiden käyttöön (Keinänen 2015, 3).

Toimiva vuorovaikutus on hoitotyön haaste, joka vaatii hoitajalta itsetuntemuksen kehittämistä sekä hoitajan ja potilaan välistä arvostusta. Esimerkiksi etäännyttävä viestintä, johon luetaan muun muassa käskevä puhetyyli, otsan kurtistelu sekä potilaan ohi kolmannessa persoonassa puhuminen, voi aiheuttaa potilaassa pelokkuutta, ahdistuneisuutta ja jopa aggressiivisuutta. Toimivan vuorovaikutuksen muodostamisessa muistisairaahan kanssa keskeistä on aitous ja arvostus. (Laaksonen ym. 2016, 25, 37.)

Muistisairaudet aiheuttavat usein puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeuksia, jolloin vastuu vuorovaikutuksen kannattelemisesta ja muistisairaahan tukemisesta on hoitajalla. Muistisairaalla kokonaisuuksien hahmottaminen voi olla vaikeutunut, jolloin asioista pystytään kertomaan yksityiskohtia, mutta ydin jää vajaaksi. Tällöin hoitaja voi tukea potilaan vuorovaikutusta toistamalla sanoja, joista hän saa selvän ja pyrkimällä muodostamaan yksityiskohdista tiivistetyn kokonaisuuden. (Laaksonen ym. 2016, 5, 47.)

Äkillisesti ilmaantuvat psykoottiset oireet ovat lähes aina muistisairaalla somaattisen syyn aiheuttamia. Muistisairauden oirekuvaan kuuluu hitaasti eteneminen, stabiilius, normaali tarkkaavaisuus lievässä ja keskivaikeassa sairaudenvaiheessa sekä sanojen löytämisvaikeus. Äkillisessä sekavuusoireyhtymässä eli deliriumissa oirekuvaan taas kuuluu nopea eteneminen, vaihtelevuus, tarkkaavaisuuden häiriöt sekä epäkoherentti puhe. (Matila ym. 2015, 600–601.) Muistisairaahan somaattisen tilan selvittelyyn kuuluu osana lääkkeiden vaikutusten arviointi. Useat lääkkeet altistavat muistisairaahan haittavaikutuksille, joita ovat muun muassa näköharhat ja sekavuustilat (Matila ym. 2015, 599).

Fyysisessä ympäristössä tärkeintä on turvallisuus (Isola ym. 2005, 150). Tilojen tulee tukea muistisairaiden havainnointia ympäristöstä. Kontrastit esimerkiksi väreillä ja materiaaleilla tehtyinä lattia- ja seinäpinnoissa sekä huonekaluissa ovat tärkeitä, kun taas valaistuksella suuria kontrasteja, valoja ja varjoja, ei saisi syntyä. (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 80.) Muistisairaat kaipaavat ympäristöönsä virikkeitä. Ympäristö, jossa on esimerkiksi huono valaistus eikä mitään katseltavaa, kosketeltavaa taikka tutkittavaa, on liian virikkeetön (Gitlin ym. 2012, 7).

Kanssakäymisessä muistisairaahan kanssa on kuitenkin syytä kiinnittää huomiota ympäristön meluisuuteen ja siihen, missä muistisairaahan kanssa keskustele. Keskustelun ajaksi kaikki muut ääntä aiheuttavat asiat, kuten TV ja auki oleva ikkuna, kannattaa hiljentää. Paras keskustelutapa muistisairaahan kanssa, on rauhallisessa, hiljaisessa ympäristössä, jossa puhujan kasvot ovat valaistu hyvin ja hän on samalla tasolla muistisairaahan kanssa, sillä kuulija luottaa kuulemansa sijaan enemmän siihen, mitä hän näkee. (Laaksonen ym. 2016, 22.)

Pahoja hajuja aiheuttavien asioiden, kuten suurien, harvoin tyhjennettävien roskasäiliöiden vaihtaminen vähemmän hajuhaittoja aiheuttaviin lisää potilaiden viihtyvyyttä (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 80–81). Ihmiset kokevat, tulkitsevat ja tuntevat aisteillaan yksilöllisesti, joten kaikki aistit tulisi huomioida suunnitellessa ja muokatessa ympäristöä käytöshäiriöitä ehkäiseväksi.

Aggressiivista käyttäytymistä on todettu esiintyvän vähiten hoitopaikoissa, jossa asiakaspaikkamäärä on alle 10. Pienempi ryhmäkoko luo muistisairaalle tunnetta turvallisuudesta sekä siitä, että ympäristö on hallittavissa. Käytöshäiriöt ovat yleisimpiä sairaaloiden vuodeosastoilla ja kunnallisessa palveluasumisessa kuin yksityisissä. (Saarnio ym. 2011, 52.)

Sosiaalisessa ympäristössä tärkeimmiksi tekijöiksi koetaan avoin, salliva, leppoisä sekä joustava ilmapiiri. Leppoisassa ilmapiirissä muistisairaiden aggressiivisuutta ja levottomuutta ilmenee vähemmän. Sallivalla ilmapiirillä tarkoitetaan sitä, että ymmärretään muistisairaiden erilaisia toimintatapoja ja sitä, että ne ovat osa muistisairautta. (Isola ym. 2005, 150.)

Ympäristön ja hoitajien asenteiden vaikutuksien lisäksi muistisairaahan käytöshäiriöiden ilmenemiseen vaikuttaa myös läheisen terveydentila. Esimerkiksi omaishoitajan masennus heijastuu potilaassa näkyvinä käytöshäiriöinä (Hongisto 2017, 69), sillä muistisairas aistii ympäristöään jatkuvasti (Isola ym. 2005, 150).

6 OPETUSMATERIAALIN KEHITTÄMINEN

Oppiminen on prosessi, jossa jokaisella on oma tapansa oppia. Monenlaiset oppimistavat tekevät oppimisesta joustavaa ja jokainen voi valita itselleen parhaimman tavan oppia. Oman oppimistyylin tunnistaminen auttaa parempiin tuloksiin oppimisessa (Leppänen 2013, 2). Oppiminen on prosessi, jossa oppija muuntaa oppimaansa asiaa niin, että hänen tieto- ja taitotasossa tapahtuu pysyviä muutoksia (Mitä on oppiminen? 2002).

Oppiminen on tiedon rakentamista, jossa oppijalle on tärkeää itseohjautuvuus, oppimaan oppiminen ja vuorovaikutus. Itseohjautuvuus tarkoittaa sitä, että opiskelija osaa arvioida oman oppimisen etenemistä. (Oppiminen ja opiskelu s.a.) Opiskelijan oma motivaatio, tahto ja itsetuntemus vaikuttavat hänen itseohjautuvuuteensa. Case-opetuksen on todettu lisäävän itseohjautuvuutta (Kauhanen ym. 2014, 15).

Monet asiat vaikuttavat oppimiseen ja onkin tärkeää tuntea itsensä oppijana ja löytää oma tyyli oppia. Oppimistyyliä voidaan jakaa kolmeen erilaiseen tapaan oppia auditiivinen, kinesteettinen ja visuaalinen. (Mikä on omin tapasi oppia? s.a.) Kehittämistyömme tuloksena syntyi opetusmateriaalia sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille muistisairaiden käytöshäiriöiden lääkkeettömästä hoitotyöstä. Erilaiset oppimistyyliä on huomioitu materiaalin suunnittelussa.

6.1 Oppimistyyliä

Oppimistyyli on jokaisella omanlainen, kenelläkään ei ole vain yhtä tapaa oppia. Esimerkiksi visuaalinen oppija oppii myös muilla tavoilla, mutta visuaalinen oppimistyyli on hänen vahvuutensa (Mikä on omin tapasi oppia? s.a.). Erilaisia oppimistyylijakoja on useita, mutta tässä on mainittu yleisimmin käytetyt oppimistyyliä.

Visuaalinen oppija oppii parhaiten nähdessään opeteltavan materiaalin (Vuorinen 2001, 4; Leppänen 2013, 18). Tällainen oppija hyötyy erilaisista kaavioidista, kuvista ja hahmotelmista (Oppiminen ja opiskelu s.a.) ja hän ajattelee oppiessaan kuvin (Leppänen 2013, 18). Useimmiten visuaalinen oppija haluaa opiskella materiaalin itsenäisesti ja keskittyä materiaaliin (Vuorinen 2001, 4).

Auditiivinen oppija oppii kuuntelemalla (Oppiminen ja opiskelu; Leppänen 2013, 19). Tällainen oppija muistaa hyvin keskustelut, puheet ja äänensävyt, hyötyy äänimateriaalista (Vuorinen 2001, 4). Auditiiviselle oppijalle sopii pienryhmä- ja luokkakeskustelut, koska tiedon ääneen prosessoiminen helpottaa oppimista (Kielikompassi; Leppänen 2013, 20).

Paras tapa kinesteettisellä oppijalla on oppia tekemällä ja kokeilemalla, käytännön läheiset tehtävät sopivat hänelle parhaiten (Vuorinen 2001, 4). Kinesteettisen oppijan vahvuus on fyysisessä tekemisessä, tällaisella oppijalla on hyvä kehomuisti (Oppiminen ja opiskelu; Leppänen 2013, 20). Esimerkiksi opintomatkat ovat hyvä tapa kinesteettiselle oppijalle (Kielikompassi s.a.).

6.2 Oppimiskäsitykset

Oppiminen on monimuotoinen ja monitahoinen ilmiö, johon vaikuttavat oppijan luonne ja oppimisen kohde. Oppimistilanne ja -paikka vaikuttavat oppimiseen. Opettamisesta on tehty useita erilaisia teorioita ja malleja, joista mikään ei ole se ainoa oikea. (Rosenberg ym. 2013, 23). Opetustyyli tulee valita opetuksen aiheen ja tavoitteiden mukaan (Junnila ym. 2011, 116). Jotkut näkemykset oppimiskäsityksistä ovat ristiriidassa keskenään, osa näkemyksistä taas voi toimia toisiaan täydentäen.

Behavioristinen oppimiskäsitys on vanha ja perinteinen näkökulma. Perusajatuksena on, että tieto on objektiivista ja staattista. (Vuorinen 2001, 1.) Opetus on opettajakeskeistä ja opetus nähdään tiedon siirtämisenä (Karjalainen 2006, 5). Tässä oppimiskäsityksessä oppilas on toiminnan kohde ja hänen roolinsa on passiivinen (Pylkkä s.a.; Lapinmäki ym. 2006, 2). Behaviorismia on kritisoitu siitä, että oppija ei opi sisäistämään kokonaisuutta, vaan hänen tietonsa on irrallista ja hajanaista (Vuorinen 2001, 1).

Kognitiivisessa oppimiskäsityksessä pyritään saamaan aikaan ajattelua ja pohdintaa käyttämällä oppijakeskeisiä toimintatapoja (Pylkkä s.a.). Oppimiskäsityksen mukaan oppiminen on mielen tietorakenteiden, skeemojen, avulla havainnoimista ja uuden tiedon luomista (Vuorinen 2001, 2; Ekström 2011, 73). Irrallisten faktojen sijaan kognitiivisessa oppimiskäsityksessä korostetaan ongelmien ratkaisua, suunnitelmien ja teorioiden luomista ja kehittelyä (Vuorinen 2001, 2). Sosiaalinen vuorovaikutus on tärkeää kognitiivisessa oppimiskäsityksessä (Dufva 2013, 68). Kognitiivinen oppimiskäsitys muistuttaa osin behavioristista tyyliä, sillä tieto on objektiivista ja opettaja päättää opetettavan materiaalin ja oppimistavoitteet. (Vuorinen 2001, 2.)

Humanistisessa oppimiskäsityksessä oppiminen on aktiivista ja kehittävää toimintaa ja siinä painotetaan oppijan persoonallista kasvua ja itsensä toteuttamista (Lapinmäki ym. 2006, 1). Opettajan rooli on olla mentori ja valmentaja. Humanistinen opettaminen vaatii opiskelijalta itseohjautuvuutta. (Pylkkä s.a.)

6.3 Opetustyyli

Verkko-opetuksen muotoja on erilaisia ja ne mahdollistavat opiskelun missä vain. Opiskelija voi elämäntilanteensa mukaan opiskella ja suunnitella omaa ajan käyttöönsä opiskeluun liittyen. (Kalliala 2002, 9.) Koska nykyään mahdollisuudet kommunikoida muiden opiskelijoiden ja opettajien kanssa ovat monipuoliset, ei fyysistä läsnäoloa luennoilla välttämättä enää tarvitse. Vaarana tietysti on, että sosiaalinen kanssakäyminen ja vuorovaikutustaidot jäävät oppimatta. (Kerola ym. 2005). Verkko-opetus jaetaan karkeasti kolmeen tyyppiin:

- verkon tukema lähiopetus
- monimuoto-opetus verkossa
- itseopiskelu verkossa (Kalliala 2002, 20).

Verkko-oppiminen vaatii opiskelijalta sekä opettajalta sekä tekniikan että ajankäytön hallintaa ja yhteistyökykyä (Kalliala 2009, 35). Verkko-oppimisessa on tärkeää kaikki itsesäätelyn osa-alueet motivaatiosta kognitiivisten prosessien säätelyyn sekä oppimistilanteiden hallintaan (Salovaara 2004). Verkossa opiskelu vaatii opiskelijalta hyvää medianlukutaitoa ja hänen täytyy osata etsiä oikeaa tietoa valtavasta määrästä eri tietolähteitä. Verkko-opiskelu vaatii enemmän kuin perinteinen lähiopiskelu, mutta se myös antaa laajempaa ja monipuolisempaa tietoa ja opettaa lukemaan eri medioita kriittisesti. (Kalliala 2009, 46.)

Luento-opetus on yleisin käytetty opetusmuoto, jossa opettaja pitää monologin tai esitelmän kohderyhmälleen eli opiskelijoille (Hyppönen ym. 2009, 45). Luento-opetus mahdollistaa suurien opiskelijamäärien samanaikaisen opettamisen (Karttunen 2015). Luentoja on erilaisia, variaatioita on useita perinteisestä monologista opiskelijoita osallistavaan aktiiviseen esitelmään (Hyppönen ym. 2009, 45). Luento-opetuksessa on tärkeää, että luennoitsija osaa suhteuttaa opettamansa asian vaativuuden opiskelijoiden tasoon ja siihen, kuinka pitkällä he ovat opiskeluissa. Opiskelijat arvostavat, kun luennoitsijasta huomaa, että hän on opettamansa aiheen asiantuntija ja kiinnostunut opettamastaan itse. Asiantuntevan luennoitsijan lisäksi opiskelijat arvostavat esimerkkejä, havainnollistamista, selkeyttä sekä sitä, että kaikki opetettava liittyy olennaisesti luennon aiheeseen. (Laaksonen 2005, 62–72.)

Simulaatio-opetus on nykypäivää, se mahdollistaa käytännön harjoittelun ilman oikeaa potilasta. Simulaatioharjoittelun ansiosta tuleva terveydenhuollon ammattilainen saa käytännön kokemusta niin, että oikeissa tilanteissa voidaan välttää potilasvahinkoja. Nykyaikainen simulaatioharjoittelu terveydenhuollossa on keskittynyt moniammatilliseen ja ammattien väliseen harjoitteluun ryhmissä, esimerkiksi anestesiologiassa, tehohoidossa, synnytysopissa ja ensihoidossa. Simulaatiota voidaan käyttää, kun oppilas siirtyy teoriasta käytäntöön tai silloin, kun opetellaan uusia toimenpiteitä sekä moniammatillista ryhmätoimintaa (Rosenberg ym. 2013, 9–14).

Case-opetus on opetustyyli, jossa opiskelija on itse aktiivisessa roolissa omassa oppimisen prosessissaan. Case-opetuksessa on nimensä mukaisesti käytössä erilaisia tapauksia (case), joiden avulla opiskelijat yhdistävät teoriaa ja käytäntöä. Opiskelijoiden on tarkoitus kehittää ongelmanratkaisukykyä ja yhteistyötaitoja pohtimalla, analysoimalla ja arvioimalla hoitotyön käytäntöjä ja hoitotyöhön liittyviä ongelmia. Tämä vaatii opiskelijoilta itseohjautuvuutta. Opetustyyli vaatii taas opettajalta huolellista valmistelua. Opetuksessa käytettävän tapausesimerkin tulee olla opetuksen tarkoitus ja tavoitteet huomioiden suunniteltu. Onnistuneeseen tapaukseen kiteytyy aiemmin opetettu ja käsitelty teoria. (Kauhanen ym. 2014, 11–16.)

Case-opetusta käytettäessä opettajan tulee huomioida toimivan tapausesimerkin lisäksi muun muassa ryhmän koko. Liian pieni ryhmäkoko ei saa aikaan toivottua keskustelua ja analysointia, liian suuressa ryhmäkoossa taas on vaara, että kaikki opiskelijat eivät pääse osallistumaan keskusteluun. Case-opetus on koettu hoitoalan opinnoissa hyödylliseksi ja toimivaksi opetusmenetelmäksi sekä opettajien että opiskelijoiden näkökulmasta. (Kauhanen ym. 2014, 11–16.)

6.4 Kehittämistehtävään valitut opetustyyli ja -materiaalit

Kehittämistehtävämme opetusmateriaali on ajateltu toteutettavaksi kognitiivisella oppimiskäsityksellä. Tämän oppimiskäsityksen valitsimme muun muassa siksi, että kehittämämme opetusmateriaali annetaan valmiiksi kasattuna kokonaisuutena opettajille. Kognitiivisessa oppimiskäsityksessä opetettava aineisto ja tavoitteet oppimiselle tulevat opiskelijoille valmiina (Vuorinen 2001, 2).

Kognitiivisessa oppimiskäsityksessä myös korostetaan sosiaalisen vuorovaikutuksen merkitystä (Vuorinen 2001, 2; Dufva 2013, 68), mikä on mielestämme sosiaali- ja terveysalalla yksi tärkeimmistä osattavista taidoista. Opetusmateriaalimme avulla opiskelijoilla tulee vuorovaikutusta sekä muiden opiskelijoiden että opettajan kanssa. Tämä valmistelee työelämään, jossa moniammatillisessa tiimissä yhteistyössä toimiminen, yhdessä asioiden pohtiminen, suunnittelu sekä ratkaisu ovat tärkeitä.

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta kehitimme opetusmateriaalikokonaisuuden, joka sisältää kolme erilaista materiaalia. Tavoitteenamme oli, että pystymme kehittämään materiaalia jokaiselle oppimistyyliille, joita ovat visuaalinen, auditiivinen sekä kinesteettinen oppimistyyli (ks. Vuorinen 2001, 4; Leppänen 2013, 18–20).

Kehitetyt opetusmateriaalit ovat:

- PowerPoint-diat
- case-tyyppiset pohdintatehtävät
- kokemusasiantuntijan videohaastattelu.

Opetustyylivaihtoehtoja materiaalissamme on useita. Kaikkea kehittämäämme opetusmateriaalia voi käyttää luento-opetuksessa tai verkko-opiskelussa, jota voi tehdä itsenäisesti tai etänä muiden opiskelijoiden ja opettajan kanssa. Halusimme tehdä materiaalia, joka on saatavissa missä ja milloin vain, jotta opiskelijoiden mahdollisuudet aiheen opiskeluun olisivat mahdollisimman laajat.

Case-opetustyyli on myös osana opetusmateriaaliamme luento- ja verkko-opetuksen lisäksi. Esimerkkitapaukset opetustyylinä tukevat kognitiivista oppimiskäsitystä. Tapauksien käsittely vaatii ja opettaa opiskelijoita muiden kanssa yhteistyössä toimimiseen, kun ongelmiin pohditaan ratkaisuja. Tapauksia voi käyttää ryhmätyöskentelyssä tai itsenäisessä opiskelussa. Tapauksien pohtiminen itsekseen kirjoittamalla auttaa käsittelemään aihetta suurempana kokonaisuutena (Vuorinen 2001, 2).

Opetusmateriaaliksi tehty kokemusasiantuntijan videohaastattelu on Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun Kotkan kampuksen terveysalan opettajien käytössä. Heillä on oikeus näyttää sisältöä opiskelijoille, muttei muokata tai levittää sitä kaupallisessa tarkoituksessa. Videon tekijöiden nimet tulee aina olla näkyvillä videota esitettäessä. Videon tekijänoikeudet kuuluvat opinnäytetyön tekijöille, ja heillä on oikeus muokata videota sekä päättää sen käytöstä. Videossa haastatellun henkilön kanssa on tehty kirjallinen sopimus haastattelun videoinnista sekä sen käytöstä opetusmateriaalina.

7 POHDINTA

Kirjallisuuskatsauksen tuloksena selvisi, että yleisimpiä muistisairaiden käytöshäiriöitä ovat levottomuus, masentuneisuus, ahdistuneisuus, aggressiivisuus (Suontaka-Jamalainen 2011; Eloniemi-Sulkava ym. 2011; Kuronen 2017) sekä uni-valverytmin häiriöt (Gitlin ym. 2012). Samat tulokset mainitaan Käypä hoito -suosituksessa muistisairauksista (ks. Muistisairaudet 2017) sekä erikoislääkäri Risto Vatajan koulutusmateriaalissa (2017).

Tuloksissa pidettiin tärkeinä käytöshäiriöiden lieventämisen hoitokeinoina hoitajien kouluttamista ja vuorovaikutustaitojen kehittämistä (Jootun ym. 2011; Suontaka-Jamalainen 2011; Gitlin ym. 2012; Laaksonen ym. 2016) sekä hoitajan oman persoonan ja asenteen käyttöä hoitotyössä (Isola ym. 2005; Saarnio ym. 2011). Laitisen (2015) pro gradu -tutkielmassa TunteVa-työskentelystä korostetaan vuorovaikutustaitoja sekä ymmärtävää toimintatapaa, jonka rinnastamme hoitajan oman persoonan käyttöön. Tuloksissa kerrotaan myös moniammatillisen yhteistyön tärkeydestä (Eloniemi-Sulkava 2011; Keinänen 2015), joka mainitaan myös Käypä hoito -suosituksessa muistisairauksista (2017).

Tutkimuksissa käytöshäiriöiden lääkkeettömiksi hoitokeinoiksi suositeltiin aktiveettien järjestämistä sekä erilaisia ryhmäterapioita, kuten musiikki- ja muisteluterapiaa (Saarnio ym. 2011; Suontaka-Jamalainen 2011; Gitlin ym. 2012). Muistiliitto (2015) korostaa samoja keinoja kuntoutusoppaassaan muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen.

Tuloksissa mainitaan, että rajoittaminen, sekä fyysinen että kemiallinen, on käytetty keino käytöshäiriöiden hoidossa (Saarnio 2011; Keinänen 2015; Kuronen 2017). Rajoittamista perustellaan tuloksissa muun muassa hoitajien, potilaiden sekä omaisten turvallisuuden takaamisella (Keinänen 2015), samat perustelut löytyvät Valkohaavan (2014) pro gradu -tutkielmasta. Rajoittamisen käyttöä käytöshäiriöiden lääkkeettömänä hoitokeinona tulee aina pohtia eettisesti ja potilaslähtöisesti sekä punnita rajoittamisen tarpeellisuus ja arvioida rajoittamisen kesto ja astetta säännöllisesti. Samoja asioita pohtii Näkki (2014) pro gradu -tutkielmassaan.

Monia käytöshäiriöitä voidaan ehkäistä kiinnittämällä huomiota sosiaaliseen ja fyysiseen ympäristöön. Sosiaalisessa ympäristössä tärkeimmiksi asioiksi nousivat avoin ja salliva tunnelma (Isola ym. 2005; Eloniemi-Sulkava ym. 2011). Fyysisessä ympäristössä huomio tulee kiinnittää erityisesti turvallisuuteen (Isola ym. 2005), mutta myös valaistukseen, kontrasteihin sekä virikkeellisyyteen (Eloniemi-Sulkava 2011; Gitlin ym. 2012). Muistiliitto (2017) antaa verkkosivuillaan tuloksiin verrattavissa olevaa tietoa ympäristön vaikutuksista muistisairaahan käytöshäiriöihin. Hoitajien asenteet ja vuorovaikutustaidot korostuivat myös käytöshäiriöiden ilmenemiseen vaikuttavina tekijöinä.

Muistisairauksista sekä niihin liittyvistä käytöshäiriöistä löytyi runsaasti tutkimustietoa. Käytännön hoitotyössä muistisairaiden kanssa korostuu samat käytöshäiriöt. Erilaisia käytöshäiriöiden lääkkeettömiä lievennyskeinoja olisi runsaasti saatavilla. Tämä vaatisi kuitenkin hoitajien kouluttamista sekä enemmän resursseja muistisairaita hoitaviin yksiköihin. Sosiaali- ja terveysalan säästö- ja resurssimuutosten vuoksi todellisuudessa kemiallinen lieventäminen sekä rajoittaminen ovat kuitenkin yleisempiä kuin lääkkeettömät keinot.

Muistisairaiden, erityisesti heillä esiintyvien käytöshäiriöiden, hoitotyön ongelma- ja kehittämiskohdat ovat valtakunnalliset. Hoitajien kouluttautumis- ja osaamisen kehittämismahdollisuuksien vähentäminen kertoo ikävää sävyä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten arvostuksesta. Muistisairasta parhaiten palveleva hoitotyö on moniammatillista yhteistyötä ja muistisairaahan psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin huomioimista.

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusta tehdessä tulisi aina pyrkiä virheiden välttämiseen (Tuomi ym. s.a., 34; Hirsjärvi ym. 2016, 231). Luotettavuutta puoltaa se, että kirjallisuuskatsausta tekee kaksi ihmistä (Stolt 2015). Tutkimuksia ja niiden tuloksia tulee arvioida kriittisesti. Jos molemmat päätyvät tutkimuksia arvioidessa samaan tulokseen, voidaan tulosta pitää luotettavana (Hirsjärvi ym. 2016, 231). Tulkitsemme tutkimuksia objektiivisesti, suljemme pois aiemman työkokemuksemme ja mielipiteemme tutkittavasta aiheesta.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimusprosessin vaiheet on kerrottu tarkasti. Ulkopuolisen tekijän tai arvioijan tulisi kerrottujen vaiheiden ja löydettyn aineiston avulla päästä samaan lopputulokseen. (Kananen 2015, 353.) Kehittämistehtävään valittu tutkimus- ja analyysimenetelmä vastasivat sen tarkoitusta.

Kehittämistehtävämme luotettavuutta heikensivät seuraavat asiat:

1. Haimme aineistoa pitkältä aikaväliltä, sillä tuoretta tietoa aiheesta oli saatavilla niukasti.
2. Tutkijoiden kokemattomuus korkeakoulutasoisen opinnäytetyön tekemisessä.

Kehittämistehtävämme luotettavuutta paransivat seuraavat asiat:

1. Kehittämistehtävää on ollut tekemässä kaksi toisistaan riippumatonta tekijää, tutkimusten arvioinnin on suorittanut molemmat itsenäisesti, jonka jälkeen tulokset on rakennettu yhdessä.
2. Kehittämistehtävän teoreettinen osuus on kirjoitettu arvostaen kirjoittamisen eettisiä periaatteita.
3. Kehittämistehtävän aihe on tarkasti rajattu, jotta valitusta aiheesta pysyy etsimään tietoa mahdollisimman laajasti sekä monipuolisesti.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa on mukana tiedonhakuprosessin yhteydessä löytynyt Hoitotiede-lehden artikkeli vuodelta 2005, joka ei kuulunut tiedonhakuun. Artikkelin löytyi sattumalöydöksenä opinnäytetyön prosessin aikana. Vuosirajauksen ylittymisestä huolimatta artikkeli otettiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen, sillä se käsittelee opinnäytetyömme aihetta keskeisesti ja rajatusti. Artikkelista ja tiedonhakuprosessin kautta löytyneistä tutkimuksista löytyi sisällysluettelon kautta samoja tuloksia, mikä tukee artikkelin käyttöä.

Tutkimus tulee tehdä hyviä tieteellisiä käytäntöjä arvostaen (Hirsjärvi ym. 2016, 23). Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu, että tekstiä aiemmista tutkimuksista ei plagioida. Tutkimuksen raportointi tehdään kattavasti ja läpinäkyvästi. (Hirsjärvi ym. 2016, 26.) Kehittämistehtävässämme kerromme tulokset sellaisina kuin ne olemme tutkimuksista löytäneet, emme kaunistele asioita tai kerro niitä turhan laveasti niin, että tulos muuttuisi.

7.2 Hyödynnettävyys ja jatkokehityskohteet

Kehittämistehtävän tarkoituksena oli kehittää kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta opetusmateriaalia. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu voi hyödyntää opetusmateriaalia sairaanhoitajaopiskelijoiden opetuksessa liittyen muistisairauksiin ja niiden hoitotyöhön. Opetusmateriaalia ei ole esitestattu, joten opetusmateriaalin hyödynnettävyyttä ja soveltuvuutta ei ole voitu analysoida ja sen mukaan muokata sitä.

Jatkokehitysideana muistisairaiden käytöshäiriöitä voisi esimerkiksi tutkia lääkkeettömien hoitokeinojen sijaan tutkimalla sitä, miten lääkkeet vaikuttavat käytöshäiriöihin, niiden ilmenemiseen sekä ehkäisyyn. Työssämme olemme kirjoittaneet ja pohtineet aihetta lähinnä sairaala- tai laitospaikkaan pohjaten. Tätäkin näkökulmaa voisi vaihtaa koskemaan kotihoitoa, millaisia käytöshäiriöitä kotihoidon asiakkailla esiintyy ja miten niitä potilaan kotiolosuhteissa pystyy ehkäisemään sekä lieventämään.

Oman aiheemme olimme valinneet tutkittavaksi sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen, esimerkiksi sairaan- tai lähihoitajan, näkökulmasta. Muistisairaankäytöshäiriöitä voisi tutkia myös esimerkiksi omaisten kannalta kuinka omaiset jaksavat muistisairaankanssa, miten omaiset suhtautuvat käytöshäiriöihin ja millaisia koulutusmahdollisuuksia omaisille olisi käytöshäiriöiden lieventämiseksi ja ehkäisemiseksi. Jos näkökulman kuitenkin haluaa pitää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisissa, voi muistisairaiden käytöshäiriöitä tutkia hoitajien jaksamisen näkökulmasta. Kuinka paljon käytöshäiriöt heitä rasittavat, millaisia keinoja hoitajilla on jaksamisen parantamiseksi ja uupumisen ehkäisäksi.

Viimeinen jatkokehityskohdeideamme liittyy kehittämistehtävämme tuotokseen eli opetusmateriaaliin. Nyt, kun me kehitimme materiaalia, olemme ikään kuin opettajia tuleville opiskelijoille. Teimme sen siis omasta näkökulmastamme, opettajan näkökulmasta, vaikka monipuolisesti pohdimmekin erilaisia tapoja oppia. Pohtiessamme eri tapoja oppia ja erilaisia opetusmateriaalivaihtoehtoja ja tapoja opettaa niiden avulla mietimme, että olisi helpompi tuottaa materiaalia, jos tietäisimme, mitä opiskelijat itse toivoisivat siltä. Erityisesti kiinnostaisi tutkimus opiskelijoiden mielteistä ja toiveista verkko-opetukseen liittyen, sillä sosiaali- ja terveystieteiden opiskelu itsenäistyy koko ajan ja siirtyy verkossa ja etänä tehtävään muotoon.

7.3 Oma oppimisprosessi

Opinnäytetyön prosessin alkaessa tekijöillä ei ollut tietoa ammattikorkeakoulun opinnäytetyöprosessin etenemisestä tai opinnäytetyön toteuttamisesta. Opinnäytetyön prosessin alussa laadimme aikataulusuunnitelman, joka on liitteenä 7. Opinnäytetyön prosessi aloitettiin tutustumalla menetelmäkirjallisuuden sekä aiemmin julkaistuihin samaa tutkimusmenetelmää käyttäneisiin opinnäytetöihin. Opinnäytetyön prosessin aikana opimme tiedonhakutaitoja sekä näyttöön perustuvan tutkimustiedon käyttöä.

Opinnäytetyön prosessi opetti, kuinka laadullinen tutkimus ja kirjallisuuskatsaus toteutetaan. Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen tuotti haasteita, sillä eri tutkimus- ja analyysimenetelmät sekoittuivat keskenään. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuprosessia tehtiin vielä uudestaan opinnäytetyön prosessin loppuvaiheessa tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista opetusmateriaalia kehittäessämme opinnäytetyön tekijöiden asiantuntijuus muistisairaiden käytöshäiriöistä ja niiden lääkkeettömistä hoitokeinoista lisääntyi ja kehityimme ammatillisesti. Opetusmateriaalin kehittäminen opetti myös eri tiedonkäsittelyohjelmien käyttöä.

LÄHTEET

Aivoverenkiertohäiriöt s.a. Aivoliitto. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/perustietoa_avh_sta](https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta) [viitattu 29.12.2017].

Alkoholiongelman hoito. 2015. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. Päivitetty 4.11.2015. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks-set/suositus?id=hoi50028> [viitattu 29.12.2017].

Atula, S. 2015. Lewyn kappale -tauti. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 22.5.2015. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105 [viitattu 19.12.2017]

Diabetes. 2016. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. Päivitetty 22.3.2016. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suosituks?id=hoi50056> [viitattu 28.12.2017].

Dufva, H. 2013. Kognitio, kieli ja oppiminen: Hajautettu näkökulma. Teoksessa Keisanen, T., Kärkkäinen, E., Rauniomaa, M., Siitonen, P., Siromaa, M. (toim.) AFinLA-e Soveltavan kielitieteen tutkimuksia No 5, 57–73.

Ekström, N. 2011. Kirjoittamisen opettajan kertomus kirjoittamisen opettamisesta kognitiiviselta pohjalta. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/36783/9789513944438.pdf?sequence=1> [viitattu 9.5.2018].

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2011. MielenMuutos muistisairaiden ihmisten hoidossa, käytösoireiden hoidosta muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Raisio: Newprint Oy.

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). 2015. Muistisairaudet. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

ETENE s.a. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://etene.fi/etusivu> [viitattu 1.1.2018].

Finlex. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/> [viitattu 28.12.2017].

Finne-Soveri, H. 2015. Vanhuksen pitkäaikaisen kivun hoito on räätälin ja salapoliisin sarkaa. Verkoartikkeli. Saatavissa: http://sic.fimea.fi/artikisto/2015/4_2015/kipu/vanhuksen-pitkaaikaisen-kivun-hoito-on-raatalin-ja-salapoliisin-sarkaa [viitattu 30.12.2017].

Gitlin, L., Kales, H. & Lyketsos, C. 2012. Managing behavioral symptoms in dementia using nonpharmacologic approaches: An overview. Johns Hopkins University ja University of Michigan.

Heikkinen, H., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 2013. Gerontologia. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. 21. painos. Helsinki: Tammi.

Hongisto, K. 2017. Quality of life and neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease: the ALSOVA follow-up study. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2406-3/urn_isbn_978-952-61-2406-3.pdf [viitattu 2.5.2018].

Huumeongelman hoito. 2012. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. Päivitetty 5.9.2012. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50041#s9> [viitattu 29.12.2017].

Hyppönen, O. & Lindén, S. 2009. Opettajan käsikirja - opintojaksojen rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi. Espoo. Teknillinen korkeakoulu. Teknillisen korkeakoulun Opetuksen ja Opiskelun tuen julkaisuja 4/2009. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://lib.tkk.fi/Reports/2009/isbn9789622480637.pdf> [viitattu 22.1.2018].

Isola, A., Saarnio, R., Backman, K. & Paasivaara, L. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. Hoitotiede vol. 17, no 3/05.

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, A:51/2007. Turku: Turun yliopisto.

Jootun, D. & McGhee, G. 2011. Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard* No 25, 40–46.

Junnila, R., Koskinen, S., Stolt, M. & Salminen, L. 2011. Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. A:62/2011. Turku: Turun yliopisto.

Juva, K. 2015. Alzheimerin tauti. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.12.2015. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699 [viitattu 18.12.2017].

Kaakkuri. s.a. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 10.4.2018].

Kalliala, E. 2002. Verkko-opettamisen käsikirja. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kansalliskirjasto. 2015. Helsingin yliopisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kansalliskirjasto.fi/> [viitattu 10.4.2018]

Karjalainen, H. 2006. Oppimiskäsityksistä opettamiseen – Fenomenografinen tutkimus ammatillisten aikuisopettajien oppimis- ja opettamiskäsityksistä. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93460/gradu01115.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 15.5.2018].

- Karttunen, N. 2015. Miten parantaa vuorovaikutusta ja aktivoida opiskelijoita massaluennolla – esimerkkejä yliopiston perusopetuksesta farmasian alalta. *Yliopistopedagogiikka* 29.10.2015. Verkkolehti. Saatavissa: <https://lehti.yliopistopedagogiikka.fi/2015/10/29/miten-parantaa-vuorovaikutusta-ja-aktivoida-opiskelijoita-massaluennolla-esimerkkeja-yliopiston-perusopetuksesta-farmasian-alalta/> [viitattu 4.2.2018].
- Kauhanen, L., Heikkilä, K., Koskeniemi, J. & Salminen, L. 2014. Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen: Vol. 2. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, A:69/2014. Turku: Turun yliopisto.
- Keinänen, M. 2015. Käyttösoireisen muistisairaahan hoitotyö ja fyysinen rajoittaminen akuuttihoitossa. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto hoitotieteen laitos.
- Kerola, T., Kurhila, J., Laine, H. & Parhonmaa, S. 2005. VERTTI- opettajan verkkokurssituki. Helsingin yliopisto. Tietojenkäsittelytieteen laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 28.5.2005. Saatavissa: <https://www.cs.helsinki.fi/group/vertti/vertti/index.shtml> [viitattu 6.1.2018]
- Kielikompassi s.a. Jyväskylän yliopiston kielikeskus – Opi oppimaan. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kielikompassi.jyu.fi/opioppimaan/oppimistyyli.htm> [viitattu 24.1.2018].
- Kuronen, M. 2017. Neuropsychiatric symptoms, psychotropic drug use and physical restraints in older persons. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2432-2/urn_isbn_978-952-61-2432-2.pdf [viitattu 5.1.2018].
- Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2016. Ymmärrä – tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus muistisairaahan ihmisen kanssa. Suomen muistiasiantuntijat Ry:n julkaisut. 2016:3. Helsinki: Paintek Pihlajamäki Oy.
- Laaksonen, S. 2005. Oppimisen avaimet luento-opetuksessa. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/kay/kasva/pg/laaksonen/oppimise.pdf> [viitattu 4.2.2018].
- Laitinen, M. 2015. Työntekijöiden kokemuksia TunteVa-työskentelystä muistisairaiden kohtaamisessa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/48294/URN:NBN:fi:jyu-201601091047.pdf?sequence=1> [viitattu 8.5.2018].
- Lapinmäki, I., Moilanen, P., Pihkola, M., Piilinen, I.-M. & Remes, K. 2006. Behavioristinen, kognitiivinen, humanistinen ja konstruktivinen oppimiskäsitys. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://users.jyu.fi/~pjmoilan/pofo2010/material/Oppimisk%20sitykset.pdf> [viitattu 15.5.2018].
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma pro.

- Leinonen, L. 2013. MS-taudin kognitiiviset ja neuropsykologiset oireet. Tampereen yliopisto. Lääketieteen yksikkö. Syventävien opintojen kirjallinen työ. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94830/SYVENTAVA-1389351563.pdf?sequ> [viitattu 30.12.2017].
- Leppänen, M. 2013. Mielletjärjestelmät ja matematiikka. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94714/GRADU-1386600617.pdf?sequence=1&isAllowedony> [viitattu 8.5.2018].
- Lewyn kappale -tauti. 2016. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. Päivitetty 22.9.2016. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01604> [viitattu 19.12.2017]
- Matila, J., Jousimaa, J. & Laurila, J. 2015. Iäkkään potilaan kognitiiviset oireet – toimintakyvyn ylläpito on aina tärkeää. *Duodecim* 6. Verkkoartikkeli. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/lehti/2015/6/duo12165> [viitattu 8.5.2018].
- Mikä on omin tapasi oppia? s.a. Erilaisten oppijoiden liitto ry. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.erilaistenoppijoidenliitto.fi/?page_id=158 [viitattu 5.1.2018]
- Mitä on oppiminen? 2002. Verkko-tutor. WWW-dokumentti. Päivitetty 31.12.2002. Saatavissa: <http://www15.uta.fi/arkisto/verkkotutor/oppimin.htm#oppiminen> [viitattu 4.1.2018]
- Muistiliitto. 2015. Elämää muistisairauden kanssa. Kuntoutusopas muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.muistiliitto.fi/application/files/1615/1263/5753/Kuntoutusopas.pdf> [viitattu 9.5.2018].
- Muistisairaudet. 2017. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. Päivitetty 27.01.2017. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044#K1> [viitattu 8.5.2018].
- Muistiliitto. 2017. Muistisairaudet. WWW-dokumentti. Päivitetty 8.2.2017. Saatavissa: <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/> [viitattu 8.5.2018].
- Mustajoki, P. 2016. Alhainen verensokeri (hypoglykemia). Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 16.3.2018. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00886 [viitattu 7.4.2018].
- Numminen, A. 2015. Musiikki muistisairaiden ihmisten hoidon tukena. *Gerontologia*, 2, 88–92.
- Näkki, K. 2014. Luonnosteltu itsemääräämisoikeuslaki – etenevän muistisairaouden näkökulmasta. Lapin yliopisto. Oikeustieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/60256/N%C3%A4kki.Kaisa.pdf?sequence=2&isAllowed=y> [viitattu 8.5.2018].
- Oppiminen ja opiskelu s.a. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kyvyt.fi/artefact/file/download.php?file=338279&view=47991> [viitattu 5.1.2018].

Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, etenevä sujumaton afaasia ja semanttinen dementia). 2016. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. Päivitetty 29.11.2016. Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01594> [viitattu 19.12.2017]

Parkinsonin tauti. 2017. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. Päivitetty 10.04.2017. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50042> [viitattu 19.12.2017]

Pylkkä, O. s.a. Oppimiskäsitykset. Behavioristinen oppimiskäsitys ja oppimisen ohjaaminen. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://oppimateriaalit.jamk.fi/oppimiskasitykset/oppimiskasityksista-oppimisen-ohjaamiseen/behavioristinen-oppimiskasitys-ja-oppimisen-ohjaaminen/> [viitattu 21.1.2018].

Rosenberg, P., Silvennoinen, M., Mattila, M. & Jokela, J. 2013. Simulaatio-oppi-
minen terveydenhuollossa. Helsinki. Fioca Oy. Otavan kirjapaino.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmä-
opetuksen tietovaranto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/viittausohje.html> [viitattu 24.1.2018].

Saarnio, R., Isola, A. & Mustonen, U. 2011 Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. *Hoitotiede* 1, 45–56.

Salovaara, H. 2004. Oppimisen teoriasta tukea tieto- ja viestintäteknikan pedagogiseen käyttöön. Suomen virtuaaliyliopisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://tievie oulu.fi/verkkopedagogiikka/luku_5/verkko-oppimisen_tai_dot.htm [viitattu 7.1.2018]

Sihvonen, A., Leo, V., Särkämö & T., Soinila, S. 2014. Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa. *Duodecim* 130, 1852–1860.

Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 1999. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. 1. PDF-versio. Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen julkaisu 1999:3. Espoo: Janssen-Cilag Oy. Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Dementoiviin%20sairauksiin%20liittyvat%20kaytosoireet%20-opas.pdf> [viitattu 28.12.2017].

Suontaka-Jamalainen, K. 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82639/gradu05331.pdf> [viitattu 21.12.2017]

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, sarja A73. Turku: Turun yliopisto.

Tarnanen, K., Wuorela, M., Uhari, M. & Kukkonen-Harjula K. 2015. Virtsatieinfektio (VTI). Käyvän hoidon potilasversiot. WWW-dokumentti. Päivitetty 9.12.2015. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00038 [viitattu 22.12.2017].

Tuomi, S. & Latvala, E. s.a Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/> [viitattu 5.1.2018]

Valkohaapa, A-M. 2014. Hoitajien suhtautuminen psyykenlääkkeisiin ja niiden käyttöön kemiallisena rajoitteena ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/136136/Valkohaapa.%20Pro%20gradu.pdf?sequence=1> [viitattu 8.5.2018].

Vataja, R., Koponen, H. 2015. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen, H. (toim.). 2015. Muistisairaudet. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vataja, R. 2017. Tavallisimmat käytösoireet muistisairailla. Helsinki. HYKS Psykiatrian tulostyöryhmä/Gero-Neuro-Päihdepsykiatria. Luentodiat. Saatavissa: https://www.helsinki.fi/sites/default/files/atoms/files/tavallisimmat_kaytosoireet_muistisairailla_risto_vataja_1852017.pdf [viitattu 8.5.2018].

Vuorinen, L. 2001. Opetusohjelmien suunnittelu ja oppimiskäsitykset. Helsingin yliopisto. Tietojenkäsittelytieteen laitos. Seminaariesitelmä. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.cs.helsinki.fi/u/erkio/klsem01/vuorinen.pdf> [viitattu 21.1.2018].

Väestöennuste. s.a. Tilastokeskus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.stat.fi/til/vaenn/index.html> [viitattu 12.11.2017].

Taulukko 1 Taulukko yleisimmistä muistisairauksista

Yleisyys	Muistisairaudet	Yleisimmät oireet	Riskitekijät	Ennuste	Yleisimmät käytösoireet
1.	Alzheimerin tauti. 70 % kaikista muistisairauksista.	Lähimuistin heikkeneminen, asteittain pahenevat muistihäiriöt. Ajantaju, suuntaa- ja paikka-orientaatio huononevat. Nimet, paikat ja tapahtumat unohtuvat. Arkiset toiminnot vaikeutuvat, kielelliset ongelmat, persoonallisuuden muutokset.	Sukurasite, aivoverenkierron sairaudet, korkea kolesterolipaine ja verenpaine.	Hitaasti etenevä aivosairaus, elinajan ennuste noin 10 vuotta, eteneminen yksilöllistä.	Apatia, levottomuus, masennus, ahdistuneisuus.
2.	Vaskulaarinen dementia. Päätyypit: pienten aivoverisuonten tauti (subkortikaalinen tauti) ja suurten suonten tauti (kortikaalinen tauti). 15-20 % kaikista muistisairauksista.	Oireet alkavat yleensä nopeammin kuin Alzheimerin taudissa. Oireet ovat monimuotoisia, riippuen siitä millä aivojen osa-alueella vaurio on.	Keski-ikässä riskiä lisäävät korkea kolesterolipaine, korkea verenpaine, diabetes, ylipaino, vähäinen liikunta, tupakointi.	Ennuste riippuu siitä, missä kohtaa aivoja vauriot ovat ja voidaanko niihin vaikuttaa hoidollisin keinoin.	Apatia, masennus, harhaluulot.
3.	Lewyn kappale – tauti. 10% kaikista muistisairauksista.	Tyypioireita ovat tarkkaavuuden, vireyksen ja tiedonkäsittelyyn liittyvät oireet.	Riskitekijöitä ei täysin tunneta. Yksi syy voi olla Lewyn kappaleiden kertyminen aivokuorelle.	Sairauden kesto 2:sta vuodesta 12 vuoteen.	Näköharhat, harhaluulot, masennus, REM-unen säätelyhäiriö.
4.	Parkinsonin taudin muistisairaus. Dementian esiintyvyys Parkinsonin taudissa on noin 30-40%, mutta pitkäaikaissairautensa ilmentyminen on jopa 80%	Alkaa hitaasti ja oireet pahenevat ajan myötä. Motoriset oireet, kuten vapina, hidasliikkeisyys ja lihasjäykkyys. Muita oireita tasapainovaikeudet, autonomisen hermoston toimintahäiriöt ja neuropsykiatriset häiriöt. Tiedonkäsittelyn vaikeudet.	Taudin syytä ei tiedetä, parannuskeinoa ei ole.	Taudin kulku yksilöllinen, hoitamattomana lyhentää elinvuosia muutamalla vuodella.	Näköharhat, harhaluulot, masennus, REM-unen säätelyhäiriö.
5.	Otsa-ohimolohkorappeumat.	Persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset, muisti alkuvaiheessa paremmin säilynyt.	Syytä ei tiedetä, perimällä ja geenivirheellä on todettu olevan yhteys.	Hitaasti etenevä, vie vuosia.	Apatia, estottomuus, mielialan kohoaminen, stereotypiat, syömishäiriöt.

Taulukko 2 Tutkimustaulukko

Tekijä, tutkimuksen nimi, julkaisutiedot	Aineiston kuvaus, tutkimusmenetelmä	Keskeisimmät tutkimustulokset
Kuronen, M. Neuropsychiatric symptoms, psychotropic drug use and physical restraints in older persons. 2017. Itä-Suomen yliopisto.	Tutkimuksessa tutkittu sekä kotihoidossa että ympärivuorokautisessa laitoshoidossa olevien ihmisten muistisairauslääkkeiden sekä psykelääkkeiden käyttöä ja näiden yhteyksiä käytösoireisiin. Tutkimukseen osallistunut 1382 kotihoidossa olevaa sekä 1439 ympärivuorokautisessa laitoshoidossa olevaa. Tutkimus on toteutettu keräämällä heidän terveystietoja, kuten diagnoosit ja lääkkeet sekä erilaisilla mittareilla, kuten MMSE sekä Barthel-indeksi. Tiedot keräsivät yksiköiden sairaanhoitajat. Tämän lisäksi Käytösoireiden esiintyvyyttä arvioitiin kotihoidossa olevilla viikon ja ympärivuorokautisessa laitoshoidossa olevilla vuorokauden mittaiselta ajalta.	(keskeisimmät tutkimustulokset liittyen lääkkeettömään osaan tutkimuksesta) Hoitajat käyttivät 54% iäkkäistä lääkkeettömiä keinoja käytösoireiden vähentämiseksi, saman verran molemmille sukupuolille. Keinoina käytettiin mm. suullista rauhoittamista, fyysistä harjoittelua, musiikkia sekä askartelua. Puolta ympärivuorokautisessa hoidossa asuvista iäkkäistä jouduttiin rajoittamaan käytösoireiden vuoksi. Tutkimuksena todetaan, että nykypäivänä, vaikka hoitajilla olisi koulutusta ja osaamista lääkkeettömiin keinoihin käytösoireiden lievittämiseksi, ei siihen kuitenkaan ole aikaa, jolloin lääkkeelliset keinot ovat käytössä suositumpia. Lääkkeettömiä keinoja käytetään liian vähän.
Hongisto, K. Quality of life and neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease – The ALSOVA follow-up study. 2017. Itä-Suomen yliopisto.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lievää Alzheimerin tautia sairastavien potilaiden elämänlaatua ja käytöshäiriöitä diagnoosivaiheessa sekä sairauden edetessä. Potilaiden tuloksia verrattiin omaisten arviointiin. Tutkimus toteutettiin seuranta-tutkimuksena, jossa seuranta-aika oli viisi vuotta. Tutkimus on osa Itä-Suomen yliopiston Neurologian yksikön ALSOVA-hanketta. Tutkimukseen osallistui 236 potilasta ja heidän omaista. Tutkimuksen seurantaan kuului monia eri mittareita, kuten QoL-AD, MMSE, Beckin masennustesti ja CERAD.	Alzheimerin tautia sairastavalla potilaalla on usein joitakin käytöshäiriöitä jo diagnoosivaiheessa. Käytöshäiriöistä masennusoireet vaikuttivat eniten potilaan omaan arvioon elämänlaadustaan. Omaiset taas arvioivat elämänlaatua usein heikommaksi kuin potilas itse ja heidän arviionsa vaikuttivat muun muassa potilaan kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista sekä syömiseen ja uni-valverytmiin liittyvät käytöshäiriöt. Taudin edetessä potilaan oma arvio elämänlaadustaan ei laskenut merkittävästi, kun taas omaisten arvioima elämänlaatu laski merkittävästi.
Numminen, A. Musiikki muistisairaiden ihmisten hoidon tukena. Gerontologia 2/2015, 88-92.	Artikkelissa paneuduttiin musiikin aivostolliseen perustaan, musiikin vaikutusmekanismeihin muistisairaiden hoidossa sekä hoitokulttuuriin liittyviin asioihin musiikin näkökulmasta. Artikkelissa on käytetty lähteinä kuusi eri tutkimusta, viisi kansainvälistä sekä yksi suomalainen.	Artikkeli toteaa, että musiikki tuottaa mielihyvän tunteita ja säätelee immuuni- ja hormonijärjestelmää sekä vahvistaa minuuden ja yhteenkuuluvuuden kokemuksia. Laulaminen taas nostaa vireystilaa ja mielialaa. Musiikki- ja tanssiterapiasta on koettu hyötyä muistisairaiden potilaiden käytöshäiriöiden hoitamisessa sekä puheentuoton, visuaalisten kykyjen ja kielellisten kykyjen parantumisessa. Terapioiden lisäksi käytöshäiriöiden hoidossa auttavat musiikin ja laulamisen ottaminen tavallisiin päivittäisiin toimiin.

Keinänen, M. Käyttösoireisen muistisairaahan hoitotyö ja fyysinen rajoittaminen akuuttihoitossa. 2015. Pro gradu – tutkielma, hoitotiede. Turun yliopisto.	Tutkimuksen tarkoitus oli saada tietoa muistisairaahan hoitotyöstä hoitajien kannalta. Tämän pro gradun pohjalta on mahdollista kehittää käyttösoireisen muistisairaahan hoitotyötä akuuttihoitossa. Aineistoa oli kerätty puolistrukturoidun fokusryhmähaastattelun avulla. Haastatteluun osallistui kahdeksan hoitoalan ammattilaista kahdesta terveyskeskuksesta. Tallennetut haastattelut litteroitiin ja aineiston induktiivinen analyysi on toteutettu deduktiivisesti haastattelun teemojen mukaan.	Tutkielman perusteella hoitajat toimivat käyttösoireisten muistisairaiden potilaiden kanssa yhteistyössä muiden hoitajien kanssa, rauhoittamalla sekä rajoittamalla. Tutkimusta vaikeutti se, että vastaavia tutkimuksia aiheesta on vähän. Tutkimuksen mukaan hoitajien yhteistyö on yleistä. Yhteistyössä omaisten kanssa korostui potilaan turvallisuus ja potilaan oma paras. Hoitajat toivovat enemmän yhteistyötä omaisten kanssa. Potilaan käytöshäiriöiden syiden ymmärtäminen auttaa hoitamaan hyvän hoidon ja eettisten periaatteiden mukaan.
Mattila, J., Jousimaa, J., Laurila, J. Iäkkään potilaan kognitiiviset oireet – toimintakyvyn ylläpito on aina tärkeää. Duodecim 2015;131:599-603.	Artikkelissa kerrotaan kognitiivisesti sairaiden iäkkäiden määrän lisääntymisestä lähivuosina ja heidän hoitamiseksi tarvitaan moniammatillista osaamista. Varhainen diagnoosi antaa sairastuneelle lisää toimintakykyisiä vuosia ja akuuteissa tapauksissa toimintakykyä tukeva kuntoutus olisi aloitettava mahdollisimman pian.	Tiedonkäsittelyyn liittyvät ongelmat muistisairauksissa tuovat ongelmia arjessa selviytymiseen. Kognitiiviset ongelmat aiheuttavat harhaluuloja ja sekavuutta. Hoitotyö vaatii moniammatillista osaamista. Oikeanlainen lääkitys pidentää toimintakykyistä aikaa iäkkäällä, mutta lääkehoito on erittäin vaativaa ja monesti saadut hyödyt ovat haittoja pienempiä.
Sihvonen, A., Leo, V., Särkämö, T., Soinila, S. Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa. Duodecim 2014;130:1852-60.	Katsauksessa kerrotaan miten musiikki vaikuttaa myönteisesti erilaisten aivoja vaurioittavista sairauksista kärsivien henkilöiden kuntoutukseen. Katsauksessa on käsitelty musiikin vaikutus Parkinsonin tautiin, aivohalvauksiin, aivovammoihin ja dementiaan. Katsaus perustuu useisiin tutkimuksiin, joissa on käytetty mm. verrokiryhmiä joissa on tutkittu musiikin vaikutusta eri oireisiin. Mittausmenetelminä tutkimuksissa on käytetty mm. kliinisiä asteikkoja sekä psykiatrisia ja neuropsykiatrisia testejä.	Systemaattisesti tehdyssä katsauksessa ilmenee, että musiikin positiivinen vaikutus erilaisiin oireisiin on suuri. Testiryhmät, jotka osallistuivat musiikkiterapiaan kärsivät oireista huomattavasti vähemmän kuin ne jotka eivät olleet ryhmissä. Katsaukseen on koottu miten musiikki vaikuttaa Parkinsonin taudin, aivofarktin, aivovamman ja dementoivien sairauksien hoidossa. Tähän on kuvattu aiheeseen liittyvät keskeisimmät tutkimukset.
Gitlin, L., Kales, H., Lyketsos, C. Managing behavioral symptoms in dementia using nonpharmacologic approaches: An overview. 2012. Johns Hopkins University ja Univeristy of Michigan.	Aineistossa on kuvattu muistisairaahan käytöshäiriöitä ja niiden helpottamiskeinoja käyttäen esimerkkipotilasta, Herra A:ta. Herra A on omaishoitajan turvin kotona asuva muistisairas, jolla esiintyy käytöshäiriöitä. Omaishoitajaa opetti selviytymään käytöshäiriöistä gerontologinen lääkäri. Tutkimus on kirjallisuuskatsaus, jossa teoriatieto on yhdistetty mallipotilaaseen.	Käytöshäiriöiden lääkkeettömät hoitokeinot voivat saavuttaa korkeita tyytyväisyyksilukuja sekä potilaassa että omaishoitajassa. Ne tuottavat myös käytöshäiriöiden vähenemistä. Lääkkeettömien hoitokeinojen tulisi olla osa tavallista muistisairaahan hoitoa, mutta keinoja/koulutusta keinoihin on rajallisesti saatavissa. Lääkkeettömiä hoitokeinoja aineistossa kerrottiin muun muassa potilaan ja hoitajan/omaishoitajan vuorovaikutukseen, ympäristön muokkaamiseen sekä potilaan vuorokausirytmin ylläpitoon liittyen.
Suontaka-Jamalainen R. Muistisairaahan käyttösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. 2011. Tampereen yliopisto.	Tutkimuksessa kuvattu vanhuspsykiatrisella osastolla hoidossa olevien muistisairaiden (N=85) käyttösoireiden ilmenemistä ja toimintakykyä. Tutkimukseen osallistuivat potilaat sekä heidän läheiset ja hoitava henkilökunta. Arvioitiin käytettiin kolmea mittaria: NPI, BI ja ADCS-ADL. Tutkimusmenetelmänä kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimus analysoitu tilastollisin menetelmin.	Tutkimuksessa selvisi, että muistisairailta on vakaviakin käyttösoireita ja toimintakyvyn heikkenemistä. Hoitointervention aikana potilaiden käyttösoireet paranivat merkittävästi. Muistitestien tulokset eivät muuttaneet merkittävästi. Tutkimuksen aikana potilaiden omahoitajat perehtyivät toimintakykymittareihin ja huolehtivat järjestelmällisestä toimintakyvyn arvioinnista. Potilaan omaisilla oli paremmat mahdollisuudet kontaktiin omahoitajan kanssa. Heiltä saatiin arvokasta tietoa potilaasta.

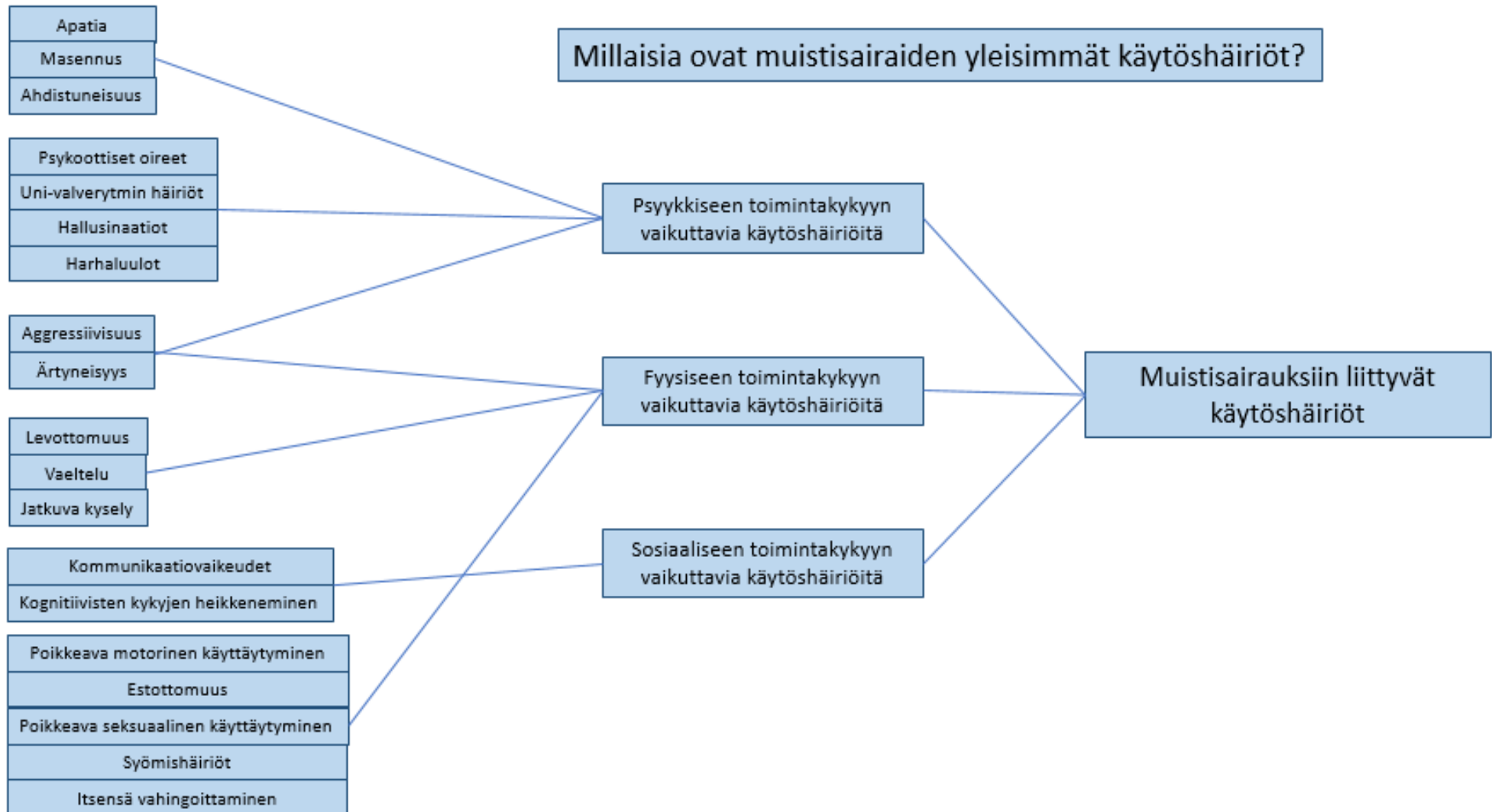
<p>Eloniemi-Sulkava, U., Savikko, N. MielenMuutos – tutkimus- ja kehittämisshanke. 2011. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.</p>	<p>Aineisto tutki kahta eri ryhmää (saman kunnan vanhainkodit jaettiin kahteen osaan) ja niissä esiintyviä muistisairaiden käytöshäiriötä. Toisen ryhmän hoitajat saivat 14kk seurannan aikana koulutusta käytöshäiriöiden käsittelemiseen. Tutkimusmenetelmänä käytettiin satunnaistettua, kontrolloitua interventiotutkimusta.</p>	<p>Käytöshäiriöiden ilmaantuvuus väheni selkeästi sillä ryhmällä, jonka hoitajat saivat koulutusta. Lisäksi käytettyjen psykoosilääkkeiden määrä väheni. Käytöshäiriöt vähenivät myös toisella tutkimusryhmällä, sillä saman kunnan työntekijät kiersivät vanhainkoteja ja näin koulutuksessa opittu tieto pääsi leviämään. Myös hoitajien kokema stressi käytöshäiriöistä väheni koulutusryhmällä.</p>
<p>Jootun, D., McGhee, G. Effective communication with people who have dementia. Nursing Standard vol. 25 no. 25 2011, 40-46.</p>	<p>Artikkeli tutkii kommunikaatioon tarvittavia taitoja, jotka toimivat muistisairaana kanssa. Artikkelissa kuvataan erilaisia toimintatapoja ja kommunikaation välineitä, joilla voidaan helpottaa hoitajan ja potilaan välistä yhteyttä. Artikkeli pohjautuu tutkittuun tietoon eri menetelmistä kommunikoida.</p>	<p>Kognitiivisten taitojen väheneminen vähentää muistisairaana taitoa kommunikoida. Artikkeli kertoo, millaisia haasteita hoitajilla on muistisairaiden kanssa kommunikoidessa, sekä annetaan hoitajille erilaisia strategisia ohjeita kommunikointiin. Hyvä kommunikaatio muistisairaana potilaan kanssa on parhaimmillaan terapeutista toimintaa hoitajan ja potilaan välillä.</p>
<p>Saarnio, R., Isola, A., Mustonen, U. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede 2011, 23 (1), 46-56</p>	<p>Tutkimuksessa tarkoitettiin kuvata dementoituvien vanhusten haasteellisen käyttäytymisen esiintymismuodoista ja niiden yleisyydestä vanhusten laitoshoidossa. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella vanhustyöhön osallistuvilta työntekijöiltä (1148) käyttämällä kaksivaiheista otantaa. Aineisto on analysoitu tilastollisin menetelmin.</p>	<p>Vastaajien mielestä haasteellinen käyttäytyminen on yleistä varsinkin isommissa hoitoyksiköissä. Yleisintä on muita häiritsevä levottomuus sekä aggressiivisuus. Henkilökunnan toimintatavat kohtaamisessa olivat ymmärtävä toimintatapa, epäammatillinen toimintatapa ja rajoitteiden käyttö toimintatapana. Yleisin toimintatapa oli ymmärtävä toimintatapa, mutta myös käytössä on kemiallinen ja fyysinen rajoittaminen.</p>
<p>Isola, A., Saarnio, R., Backman, K., Paasi-vaara, L. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. Hoitotiede vol. 17, no 3/05.</p>	<p>Tutkimus on osa dementoituvien potilaiden haasteellista käyttäytymistä ja fyysisten pakotteiden käyttöä koskevaa tutkimusprojektia. Tutkimuksen tarkoitus on kuvata laadullisesti hoitajien käyttämiä hoitotyön toimintoja. Tutkimus tehty neljällä eri osastolla neljässä eri organisaatiossa. Tutkimus on toteutettu seurantatutkimuksena, aineisto kerätty osallistuneilta osastoilta haastatellen hoitohenkilökuntaa. Aineisto on analysoitu induktiivisella sisällön analyysimenetelmällä.</p>	<p>Tuloksena löydettiin kolme hoitotyön toiminnan yläkategoriaa: persoonan käyttö, järkipäristäminen ja intuitiivinen toiminta. Persoonan käyttö on ihmisenä olemista, huumoria ja luovuutta haasteellista potilasta lähestyttäessä. Järkipäristäminen toiminta on perustelu, vakuuttaminen, ohjaaminen ja ympäristön muokkaaminen. Intuitiivinen toiminta oli ennaltaehkäisyä, mukaan menemistä ja huomion ohjaamista muualle.</p>

Taulukko 3 Aineiston tuloksia tutkimuskysymysten mukaan

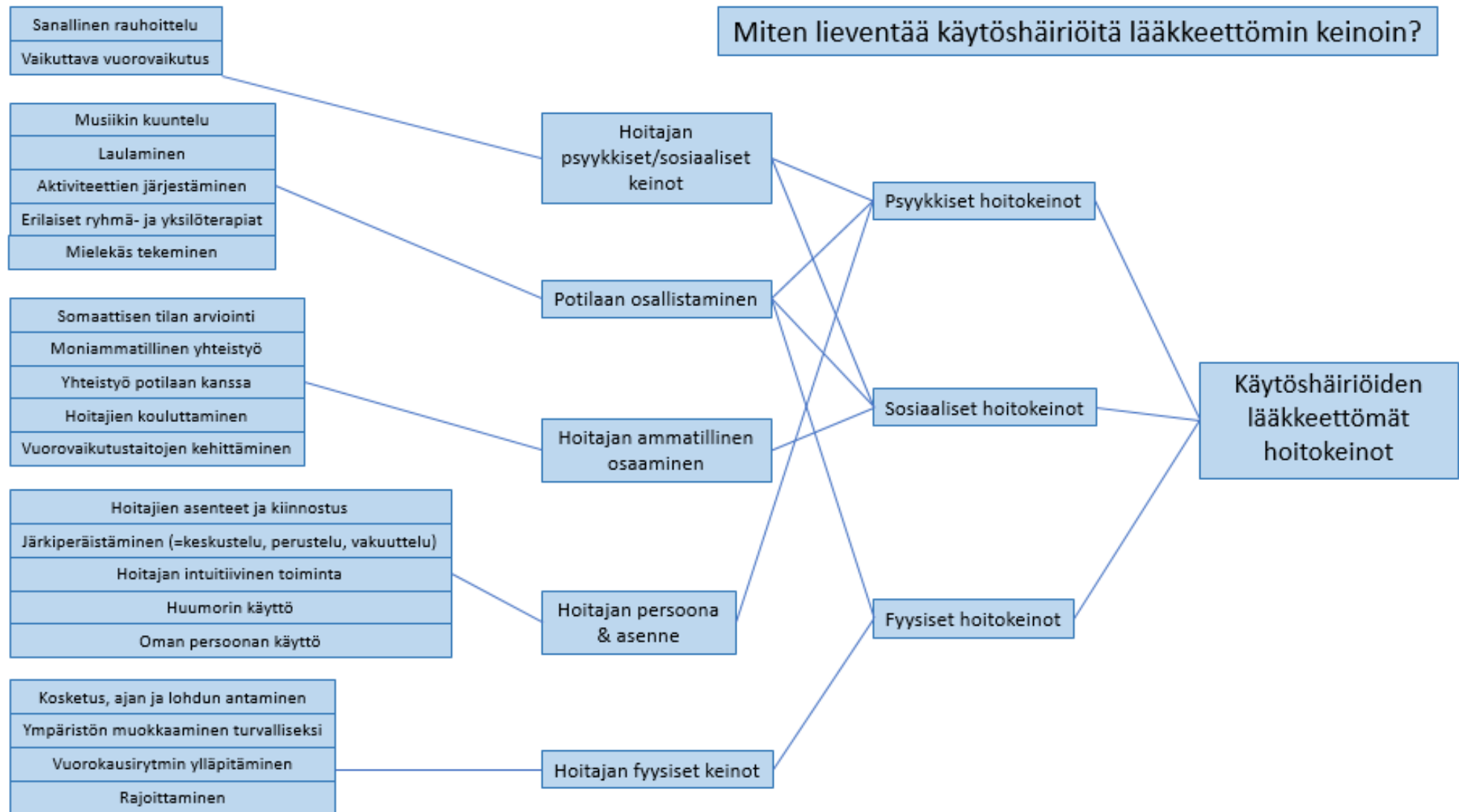
Tutkimuksen kirjoittaja, julkaisu-vuosi sekä nimi	1. Millaisia ovat muistisairaiden yleisimmät käytöshäiriöt?	2. Miten lieventää käytöshäiriötä lääkkeettömästi?	3. Mitkä tekijät voivat vaikuttaa käytöshäiriöiden ilmenemiseen?
Kuronen, M. 2017. Neuropsychiatric symptoms, psychotropic drug use and physical restraints in older persons.	Apatia, masentuneisuus, aggressiivisuus, uni-valverytmin häiriöt, agitaatio*	Yksilöllinen hoito, hoitajien kommunikaatiotaitojen kehittäminen, aktiviteetteja potilaille, fyysinen rajoittaminen, ajan ja lohdun tarjoaminen	Läsnäolo, käytöshäiriöt yleisempiä ympärivuorokautisessa hoidossa kuin kotihoidossa, potilaan somaattinen tila
Hongisto, K. 2017. Quality of life and neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease – The ALSOVA follow-up study.	Apatia, masennus, ärtyneisyys, levottomuus, uni-valverytmin häiriöt, harhaluulot, poikkeava motorinen käyttäytyminen	-	Omaisien terveydentila, esimerkiksi masennus
Numminen, A. 2015. Musiikki muistisairaiden ihmisten hoidon tukena.	Kommunikaatiovaikeudet, psyykkinen ja fyysinen aggressiivisuus	Musiikkia kuuntelemalla, laulamalla, musiikki- ja tanssiterapialla, ottamalla musiikki osaksi päivittäisiä toimintoja	Potilaan rajoittaminen, jotta hoitotoimenpiteet saataisiin tehtyä ("vaikka väkisin")
Keinänen, M. 2015. Käyttöoireisen muistisairaahan hoitotyö ja fyysinen rajoittaminen akuuttihoitossa.	-	Yhteistyössä toimiminen, potilaan oikeuksien kunnioittaminen, rauhoittaminen (sanallinen sekä huomion kiinnittäminen muualle), rajoittaminen (fyysinen, lääkkeillä, tilasta poistaminen)	Potilaan oikeuksien kunnioittaminen
Matila, J., Jousimaa, J., Laurila, J. 2015. Iäkkään potilaan kognitiiviset oireet – toimintakyvyn ylläpito on aina tärkeää.	Harhaluuloisuus, delirium, kognitiivisten kykyjen heikkeneminen, vaeltelu, huutaminen, väkivaltaisuus	Moniammatillinen yhteistyö, lisäkoulutus henkilökunnalle kognitiivisten oireiden tunnistamiseen	Muistisairauden vaihe
Sihvonen, A., Leo, V., Särkämö, T., Soinila, S. 2014. Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa	Ahdistuneisuus, masennus, kiihtyminen, sekavuus	Musiikkiterapia, musiikin kuunteleminen ja laulaminen (etenkin muistisairalle tutun)	Hämmäntävä ympäristö
Gitlin, L., Kales, H., Lyketsos, C. 2012. Managing behavioral symptoms in dementia using non-pharmacologic approaches: an overview.	Uni-valverytmin häiriöt, hallusinaatiot, vaeltelu, toistuva kysely, masennus, apatia, aggressiivisuus, levottomuus	Kommunikaatiotaitojen parantaminen, hoitohenkilökunnan kouluttaminen, liikunta, aktiviteetit, potilaan asemaan asettuminen (käytöshäiriön syyn pohtiminen), selkeät suunnitelmat tilanteisiin joissa käytöshäiriötä esiintyy	Kommunikaatiotaitojen ja vuorovaikutuksen parantaminen, potilaan taloudellisen tilanteen huomiointi, ympäristön turvallisuus

Suontaka-Jamalainen K. 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa.	Apatia, masentuneisuus, levottomuus, aggressiivisuus, harhaluulot, ärtyisyys, ahdistuneisuus, aistiharhat, poikkeava motorinen käyttäytyminen, estottomuus, kohonnut mieliala, uni-valvetrymin häiriöt, syömishäiriöt	Mielikuva-, muistelu- musiikki-, ja luovaterapia, fysioterapia, liikunta, käytöshäiriöiden synnyn syyn selvittäminen	Hoitajien vuorovaikutustaidot, positiivinen, luova, pitkäjänteinen asenne
Saarnio, R., Isola, A., Mustonen, U. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat	Aggressiivinen käyttäytyminen (kielellinen sekä fyysinen aggressiivisuus, vihaisuus), agitaatio*, syrjään vetäytyminen, kognitiivinen heikentyminen, rauhattomuus, syömishäiriöt, epäluolisuus, poikkeava seksuaalinen käyttäytyminen, vaeltelu, huutelu	Aktiviteetin järjestäminen potilaalle, koskettaminen/lähellä olo, hädän selvittäminen, rajoittaminen (fyysinen, lääkkeillä, tilasta poistaminen)	Potilaan huomiotta jättäminen ei poista käytöshäiriötä, alle 10 potilaan yksiköissä käytöshäiriötä esiintyy vähiten käytöshäiriötä
Jootun, D., McGhee, G. 2011. Effective communication with people who have dementia.	Levottomuus, turhautuminen, kommunikaatiovaikeudet	Vaikuttava vuorovaikutus, hoitajien kouluttaminen ja tietoisuuden lisääminen muistisairauden vaikutuksista kommunikaatioon	Hoitajien turhautuminen kommunikaation ollessa haasteellista saattaa lisätä potilaiden turhautumista ja täten käytöshäiriötä
Eloniemi-Sulkava, U., Savikko, N. 2011. MielenMuutos muistisairaiden ihmisten hoidossa.	Levottomuus, aggressiivisuus, masentuneisuus, ärtyisyys, apatia, ahdistuneisuus, harhaluulot, estottomuus, poikkeava motorinen käyttäytyminen	Henkilökunnan osaamisen varmistaminen, asukaslähtöiset toimintatavat, vuorovaikutuksen lisääminen	Vuorovaikutuksen haasteet
Isola, A., Saarnio, R., Backman, K., Paasivaara, L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa.	Aggressiivisuus, huutelu, itsensä vahingoittaminen, syömishäiriöt	Huumori, luovuuden käyttö, ihmisenä oleminen (aitous, avoimuus, herkkyys, myönteinen elämän asenne sekä kiinnostus dementoituihin), perustelu, keskustelu, vakuuttelu, ennaltaehkäiseminen	Ympäristön muokkaaminen (oltava avoin, salliva, joustava, leppoisaa, turvallinen, meluton)

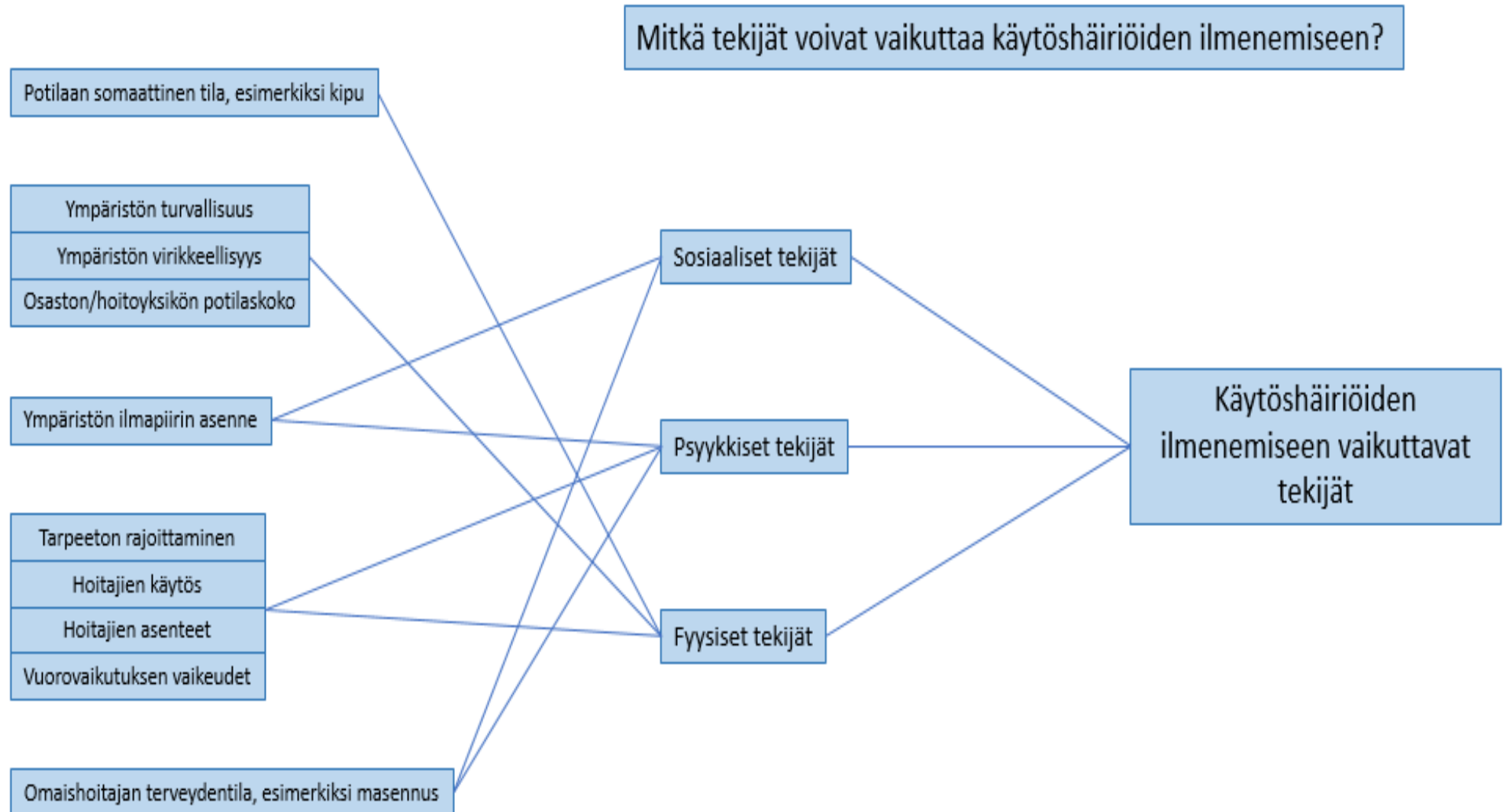
* agitaatio = muita häiritsevä levottomuus



Kuva 1 Ensimmäisen tutkimuskysymyksen sisällönanalyysi



Kuva 2 Toisen tutkimuskysymyksen sisällönanalyysi



Kuva 3 Kolmannen tutkimuskysymyksen sisällönanalyysi

Taulukko 4 Aikataulusuunnitelma

	Suunnitelma syksyllä 2017	Toteutuma
Syyskuu	Aiheen miettimistä	Aiheen miettimistä
Lokakuu	Aiheen hyväksyminen ja vahvistaminen, ensimmäinen tapaaminen ohjaajan kanssa, materiaalin etsintää	Aiheen hyväksyminen ja vahvistaminen, ensimmäinen tapaaminen ohjaajan kanssa, materiaalin etsintää
Marraskuu	Sopimusten teko, tutkimussuunnitelman tekoa, aikataulun laatimista, idea- ja suunnitelmaseminaari, materiaalin analysointia, ohjaustapaaminen	Opinnäytetyön sopimuksen teko, aikataulun laatimista, idea- ja suunnitelmaseminaari, tutkimusten haku alkaa, ohjausta
Joulukuu	Materiaalin analysointia, teorian kirjoittamista	Teorian kirjoittamista
Tammikuu	Teorian kirjoittaminen jatkuu	Teoriaosuus valmis, ohjausta, toteutusvaiheen seminaari
Helmikuu	Teoriaosuus valmis, toteutusvaiheen seminaari, ohjausta, työn käyttöoikeuksista sopiminen	Tutkimustulosten analysoinnin aloittaminen, ohjausta
Maaliskuu	Aloitetaan opetusmateriaalin kasaaminen, sovitaan haastattelu-aika, ohjausta, teorian tarkistusta, haastattelu	Opetusmateriaalin kasaamisen suunnittelua, ohjausta, tutkimustulosten raportointia,
Huhtikuu	Opetusmateriaalin kasaamista, omaa pohdintaa ja arviointia, ohjausta, haastattelun editointi	Tutkimusten uudelleenhakua ja analysointitekniikan muuttaminen, haastattelu, videon editointi, opetusmateriaalin kasaamista
Toukokuu	Opinnäytetyö valmis, ohjausta, julkaisuvaiheen seminaari	Opinnäytetyön viimeistelyä, ohjausta, pohdinnan ja tiivistelmän kirjoittamista, opetusmateriaalin kasaaminen
Kesäkuu	Kypsyysnäytteen suorittaminen	Julkaisuvaiheen seminaari, kypsyysnäytteen suorittaminen, opetusmateriaalin luovuttaminen